

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-727353

244278

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 09138 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAAIBAOUI AZIZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 444,92 + 600hs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

G. BENJELLOUN
Professeur en
Pedopsychiatrie

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/2022

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN STAMANE Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TROUBLE PEDOPSYCHIATRIQUE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 13/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : CHAAIBAOUI AZIZA

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/12/22	CS.PM		600 DFR	INP : 091016261 G. BENJELLOUN Professeur En Pedopsychiatrie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES 2010 50, Rue Alfonse Carrié Tel : 05 22 25 42 25 RC : 245509 - PB : 35873057	13/12/22	444,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

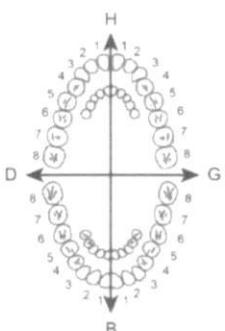
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

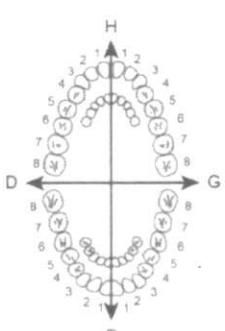
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 13/12/2022

Boghrae Thérèse

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Faurat - Casablanca
Tel : 06 22 25 49 25
RC : 245809 • Pta. : 35873067
IF : 40438642

0232430

Pris de l'an 2000
148,39 d^o 31
444,90

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

AS

103 nov

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

PRISDAL®

Rispéridone

LOT 0202832

2 mg

EXP 05/25

PPV 148DH30



PRISDAL®

Rispéridone

LOT 0202832

2 mg

EXP 05/25

PPV 148DH30



PRISDAL®

Rispéridone

LOT 0106759

2 mg

EXP 11/24

PPV 148DH30



30 comprimés pelliculés

Voie orale