

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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8839

Société :

Nom & Prénom : SATEL KHA

ABDELKHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661819357 Total des frais engagés : 4820,- Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

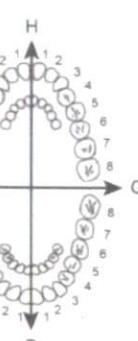
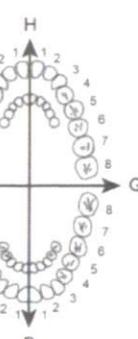
Fait à : Casablanca, 09 MAI 2023 Le : 09/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
28/05/23	Thérapie	12	4800,00	Dr. REDA Psychiatre et Psychothérapeute Abou Alaa Zabar, Quartier des Hôpitaux 75 Rue 22 86 04 65 / Gsm : 0661 3266 55

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D		00000000		B		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	21433552														
	25533412	00000000														
	D															
	00000000															
	B															
	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

- ▶ Créer un décompte lié au dossier
- ▶ Créer un décompte tiers lié au dossier

N° Dossier: 148330 

N° Dossier externe: ACC-08899-06/02/2023

Type de dossier: PSYCHOLOGIE 

Bénéficiaire: CHELKHA ABDELILAH

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 06-02-2023 

Date de fin: 06-02-2023 

Date de saisie: 06-02-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

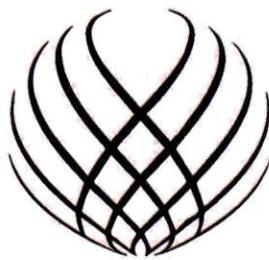
Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
07-02-2023	Manuel	ACCORD POUR 12 SÉANCES DE PSYCHOTHERAPIE

Dr A. REDA

Psychiatre

- Psychothérapeute
- Sexologue
- Addictologue
- Psychogériatre



د. أ. رضا
طبيب نفسي

- معالج نفسي، العلاج المعرفي السلوكي
- أخصائي في علم الجنس
- أخصائي في علاج الإدمان
- أخصائي في الطب النفسي للمسنين

Le 08 mai 2023

Objet : Facture

Patient(e) : CHELKHA ABDELILAH

Nature du traitement : Psychothérapie

Date	Nbr Séance	Prix
07/02/2023	1	400,00
14/02/2023	1	400,00
21/02/2023	1	400,00
28/02/2023	1	400,00
07/03/2023	1	400,00
14/03/2023	1	400,00
21/03/2023	1	400,00
28/03/2023	1	400,00
04/04/2023	1	400,00
11/04/2023	1	400,00
18/04/2023	1	400,00
25/04/2023	1	400,00

د. أ. رضا
Dr. REDA Anouar
Psychiatre et Psychothérapeute
75, Rue Abou Alaa Zahar, Quartier des Hôpitaux
Tél : 0522 86 04 65 / GSM : 0661 26 60 58