

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0007889

167764

Optique 9450

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH w ALLA B

Date de naissance : 26-08-1955

Adresse : Rue de l'Industrie 13Nouka Keta Rue Soukate

Tél. : 0661 18 1127 Total des frais engagés : 36,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Noura KADIM
Psychiatre
52, rue Socrate Béni Island
Bdg 2, N°4, Maarif, Casablanca
GSM: 06.12.02.65.28

Date de consultation : 05/07/2023

Nom et prénom du malade : BENCHEIKH w ALLA B. Age : 68

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tremblement

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 10/07/2023

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
05.07.2023	CS	1	Gratuite	 Dr. Kadir ALMURA KADIM Psychiatre 100% Rés. Islam Casablanca GSM: 06.12.02.65.23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/07/23	36,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بريكمان ببروكسيل

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le

Casablanca, le 25 octobre 1933

M' BEECHEY KH ELATMANI Mohamad (Arabic)
6.12.01

Pharmacie ACHARAF SARL
El SANTO - Mohammed Amine
TAF 09 22 22 69

دكتور نورا كادينا
Dr. Noura KADIMA
Psychiatre, Islam
Psychiatre, Casablanca
52, rue Souissi, Casablanca
52, rue Souissi, Casablanca
Tél: 051.20.65.25
Fax: 051.20.65.25
GSM: 06.12.02.65.25

52، زنقة سقراط إقامة إسلام الطابق 2 رقم 4 (أمام وكالة الضمان الاجتماعي) المعاريف - الدار البيضاء

52, Rue Socrate, Résidence Islam 2^{ème} étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maârif - Casablanca

Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com

