

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10976 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Sladjia Sefaa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661343984 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. A. TAHRI JOUTFI**  
**NEURO - PSYCHIATRE**  
**124, Bd. Rahel El Mekhini**  
**CP : 31.90.15/31.87.02 - CASA**

Date de consultation : 28 JUIL 2023

Nom et prénom du malade : SLADJIA SEFAA Age :

Lien de parenté : Elle-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection nerveuse

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

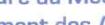
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
8 JUIL 2023	G 3 M PSy	400	21	  DR. A. TAHIR JOUTEI NEURO - PSYCHIATRE Rd. 15 (31.87.02 - CASA)

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANGEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022-787778	28/07/23	389,10

## **ANALYSES - RADIographies**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

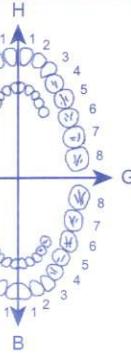
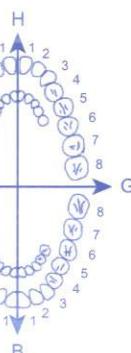
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G		00000000														
B		35533411 11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur A. TAHRI - JOUTEI

LAUREAT DE LA FACULTE DE

MEDECINE  
DE BORDEAUX

SPECIALISTE

DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

NEURO-PsYCHIATRE

ELECTRO - ENCEPHALOGRAPHIE

SUR RENDEZ-VOUS

ICE : 001626736000019

INP : 091132480

Casablanca, le

28 JUIL 2023

الدكتور الطاهري جوطى عبد الرفيع

خريج بامتياز بكلية الطب

ببوردو

اختصاصي في أمراض الرأس وامراض

النفسية والعقلية والأعصاب

التخطيط الكهربائي للرأس

الزيارة بالموعد

60100

Repolac Rev



Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél.: 022.38.54.38

93,00

Anafranil 75



PPV 129 DH  
PER 02/25  
LOT M478



189,00

Tri Zen 20



35,70x3

Alpraz 0,5



Dr. A. TAHRI JOUTEI  
NEURO PSYCHIATRE  
124, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca - Maroc  
Tél.: 05.22.31.98.15 / 05.22.31.87.02

124, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca - Maroc  
Téléphone : 05.22.31.98.15 / 05.22.31.87.02 - CASABLANCA

الهاتف : 05.22.31.98.15 / 05.22.31.87.02

LDT 290070 1  
CPT 11 2035  
PPV 35.70

LDT 230030 1  
CPT 12 2025  
PPV 35.70

BUANA JI BIASMIN  
PAPUA, INDONESIA  
0852 266 14444  
0852 266 14444