

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3713

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZARLAOUI S. S.

AN 3036

Date de naissance :

Adresse : Alouis Sihani Rue 7 Casablanca

Tél. : 06 17 98 42 93

Total des frais engagés : 200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. ZARLAOUI ABOUELFARAJ
Psychiatre-Psychothérapeute
134, Résidence Andalous, Angle Avenue 2 Mars
Rue d'Amour 2ème Etage N°6 Casablanca
Tél. 05 22 86 25 58 / 07 00 28 85 29*

Date de consultation : 10/01/2023

Nom et prénom du malade : ZARLAOUI Melha Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTL

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
04/08/2023	CS		500,00	<i>Dr. ABOUELFARAG Psychiatre Psychothérapeute Résidence Andalous 2ème Etage N° 6 10000 ALGER 2730 2538 97</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOULAHLOU YOUSRA LAHABIB LAHLOU Les Jardins de Californie 21 Les Jardins Imm. 1 Californie 21 05 22.21.98.94	04/08/23	128,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

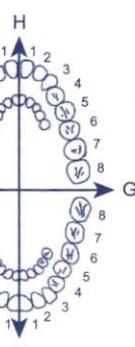
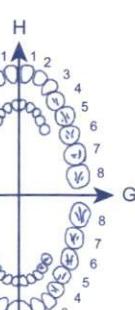
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVEZ LES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la date, la traînée, 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										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H											
			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
00000000 00000000														
35533411 11433553														
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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

Date le : 04/08/2023

Nehdi ZACRINE.

128.90

1) Panadol 20mg
en 50

32

III d'Inj

128,90

Dr. Hafsa ABOUelfARAJ
Psychiatre-Psychothérapeute
134, Résidence Andalous, Angle Avenue 2 Mars
et Rue d'Arménie, 2ème Etage N°6 Casablanca
tél. 05 22 86 25 38 / 07 01 28 85 78

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés "Les Jardins de Californie 2"
Bd. de Fez Imm. 1 Californie
Casa. Tel: 05.22.21.98.94

+212(0)-522 862 558

+212(0)-701 288 528

Hafsa-abouelfaraj@hotmail.fr

134, Résidence Andalous, Angle avenue 2 mars et rue d'Arménie (au dessus de café Andalusia),
en face de l'agence Inwi, 2 ème étage, numéro 6, Casablanca.