

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

- 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.

M22- 0022868

A77150

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **8219** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **KHBAZ HICHAM**

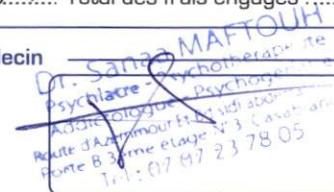
Date de naissance : **07-06-1968**

Adresse : **6107 20 CGT LA VILLE VERTÉ
DOUSKOURA**

Tél. : **0661 469 191** Total des frais engagés : **699,3** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30/08/2023**

Nom et prénom du malade : **HAJIL** Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **troubles**

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 : **001** Le : **30/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **allal**



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
30/08/23	C3		500 Dh	Dr. Sennas M. A. D. H. Addictologie et psychiatrie Route d'Azemmour et Beldi 43 Porte 8 3ème étage 43 Casablanca Tel: 07 61 23 78 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CIELE GABRIEL	30/08/23	199,30

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

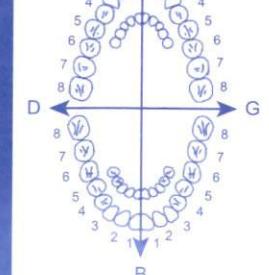
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Sanaa MAFTOUH

**PSYCHIATRE - PSYCHOTHÉRAPEUTE
ADDICTOLOGUE - SEXOLOGUE
PSYCHOGÉRIATRE**

С

الدكتورة سنا مفتوح

إختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

Le : 30/08/2023

MR HAJIL Nadiq

154,30

1/ S-aitep 10

1-0-0

21 Alpros 2.5 - J

$$45^{\circ} \text{ or } -\frac{1}{2}$$

3/ Zopidex 1d

1993

Two more



Tél. : 06 60 23 78 05 / 07 07 23 78 05 - Email : sanaa.maftouh@hotmail.com
Angle Route d'Azemmour et Boulevard Sidi Abderrahmane, Porte B, 3ème étage, N° 3 - Casablanca

4/8 wtf 8/7

1 - 2

~~Dr. Sanaa MAFTOUH~~
Psychiatre - Psychotherapeutin
Addictologue - Psychotherapeutin
Route d'Arenberg 63
Pointe 8 3ème étage 43 1000 Bruxelles
Tel: 07 67 23 78 05