

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- 0037901

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10526

Société : R.A.M

177697

Actif

Pensionné(e)

Autre : _____

Nom & Prénom : KATMEZ - ABDELLAH

Date de naissance : 20.05.1974

Adresse : Av. 06 N° 16 EL Ali Hay Eloufia CASA

Tél. : 06.22.73.91.30

Total des frais engagés : 348,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2023

Nom et prénom du malade : KATMEZ Abdellah

Age : 49 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection psychiatrique

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 : 01.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

Allal Ben Abdellah

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
21/09/23	Spou		Gratuite	P. Soumia BERRADA Praticien Méthodologue Spécialiste en ostéopathie et en ostéopathie manuelle et en ostéopathie viscérale et en ostéopathie musculaire et en ostéopathie articulaire et en ostéopathie crânienne et en ostéopathie viscérale et en ostéopathie musculaire et en ostéopathie articulaire et en ostéopathie crânienne et en ostéopathie viscérale et en ostéopathie musculaire et en ostéopathie articulaire et en ostéopathie crânienne

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE SALAH EDDINE Dr HASSOUNI Selma Docteur en Pharmacie Bd Ouled Spou Oulja Tunisie Tel : 09 22 90 50 00	21/09/23	348,10

INPE

092051952

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
<				



Addictologue - Sexologue

Ex. Interne des Hôpitaux de Paris

Ex. Pr. à la faculté de Médecine de Casablanca

Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie

CHU Ibn Rochd, Casablanca

Thérapie Cognitive et Comportementale

Thérapie de Couple

Affirmation de Soi

Gestion de Stress

اختصاصية في الأمراض النفسانية

العصبية والإدمان والصعوبات الجنسية

طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً

أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً

رئيسة مصلحة مرکز الإدمان بالمستشفى

الجامعي ابن رشد سابقاً

Casablanca, le :

21/03/2023

124,90 22

124,90

|||||

7/1 Kainy AB

Individuel

1/1 Set 1/1

Artbil 30 JY

cycle 1

348,40

Pr. Soumia B...

Psychiatre - Psychothérapeute

24/53 Boulevard Yacoub Mansour

Résidence Espace Anfa 2^{ème} étage Appart.

Tél : 05 22 94 59 59

98,30

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||

|||||