

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.

M22- 0023540

Maladie

Dentaire

187460

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2886

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Aït CHETOU LAHCEN

Date de naissance :

07/01/1950

Adresse :

Tél. :

06 58 21 49 08

Total des frais engagés : 1453,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur ALI RIMANI

Psychiatre

Rés Normandie 2 Ang Bd Sijelmassat
Av de Nice 5ème Etage N°9 Bourgogne
Casablanca - Tel : 05 22 22 57 40

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Aït Chehou LAHCEN

Age :

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'exhaustivité 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 : 19/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

20/02/2023
ACCUEIL
A. ARIZA

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.

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
2023/12/19			350,00	Docteur ALI RIMANI Psychiatre 193 Bd Sidi Massaoui et Talha 22.51.40 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAN Dr. BENANI Jaafar 2, Bd Oued Sebou, Casablanca - CASABLANCA - Tél: 05.22.90.18.99	19/12/2023	1103,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

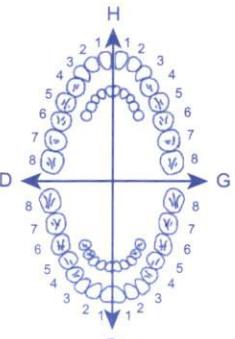
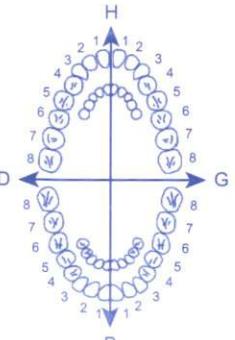
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553
B	00000000

[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

DOCTEUR ALI RIMANI

Psychiatre

Ex. Psychiatre à
l'Hôpital de Berrechid
et Lhank

Handwritten signature of Dr. Ali Rimani
Casablanca le
Mme Melle :
Rés Normandie 2 étage N° 9 Bourgogne
et Av de Nice 5ème étage N° 9 Bourgogne
Casablanca Tel. 05 22 22 57 40

الدكتور رمانى على

طبيب أخصائي في الأمراض
النفسية والعقلية

طبيب سابق بمستشفى
برشيد و العنق

وصفة
Ordonnance

Handwritten signature of Dr. Ali Rimani

98,30 x²

129 x³

37

RDV

1036

الموعد :

إقامة نورمندي 2، تقاطع شارع سجلماسي وشارع نيس، الطابق 5 رقم 9 بوربون - البيضاء، الهاتف : 05 22 22 57 40 / 06 74 79 89 57 -
Résidence Normandie 2, Angle Bd. Sijelmassi et Av. de Nice, 5 ème étage N° 9 Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22 22 57 40 - Gsm : 06 74 79 89 57

**Cachet du
Médecin**

Docteur ALI RIMANI
Psychiatre
Rés Normandie 2 Ang. Id Sjelmassi et
Av. de Nice F. 06360 Casablanca - T. 02 57 40

RETOUR

19/03/2024.

LOT : 231067
EXP : 06/2025
PPV : 324,00DH

LOT : 230571
EXP : 03/2025
PPV : 196,00DH

324,00
196,00
520,00

129,1
3
387

TOTAL GL.

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V : 129DH00
LOT:23E002
PER:05 2026
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V : 129DH00
LOT:23E002
PER:05 2026
6 118000 062301

520,00
387,00
196,60
1103,60

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V : 129DH00
LOT:23E002
PER:05 2026
6 118000 062301

LOT 231298
EXP 09/2026
PPV 98.30DH

LOT 231299
EXP 09/2026
PPV 98.30DH

98,30
2
196,60