

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

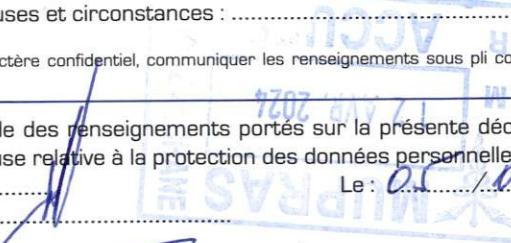
Matricule : **2189** Société : **02189 201789**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **MAATOU QUI Mohamed**
 Date de naissance : **1956 CASA**
 Adresse : **G T Rue 105 N° 6 OULFA CASA**
 Tél. : **0664022730** Total des frais engagés : **421,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
**Dr. Sarra ALLIA ALLAH
Psychiatre-Psychothérapeute
Angle Bd. Abdelloumen Bd. Anoual
Al Miaraj Center, 26ème étage, Num. 25
Tél. 0522 20 45 45 - 0522 22 78 18**
 Date de consultation : **05/04/2014**
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : 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 : Le : **05/04/2014**

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 Traitemennt des Actes
05/04/2024	CNPSE	~	400 DH	Dr. SARRA Psychiatre Psychothérapeute Angle Bd. Abdellatif Ben Anouar, Al Maraj Center, 26me étage, Num. 25 Télé: 0524 753 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/04/2024	425,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
G				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
D				
DATE DE L'EXECUTION				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
D				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. Sarra WALIAALLAH

Psychiatre - Psychothérapeute
Psychiatrie de l'adulte et de l'adolescent
Géronto-psychiatrie
Addictologie
Psychothérapie cognitive comportementale



الدكتورة سارة ولی الله
اختصاصية في الأمراض العقلية والنفسية
الطب النفسي للمرأة والكبار والمسنين
طب الإدمان
العلاج السلوكي المعرفي

Casablanca le : ٥٥٠٤١٢٠٢٤ الدار البيضاء في :

Dadouch Nacer



Angle Bd Abdelmoumen Anoual, Al miraj center, 2ème étage N°25

(en face de la station tramway abdelmoumen) - Casablanca

Tél.: +212 5 22 86 28 77 - E-mail : sara.waliaallah@gmail.com