

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.

N° W19-444469

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00818	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	JENNATEPHOTO ALIKO
Nom & Prénom : JENNATEPHOTO ALIKO			
Date de naissance : 12.06.49			
Adresse :			
Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : DH 449,10 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 31/08/2019			
Nom et prénom du malade : Jennate Photo Aliko			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : auxite			
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **El**

Le : **31/08/2019**

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
31/08/18	31/08/18	1	3000	INP 31/08/18 INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE et de la RECHERCHE MEDICALE 3, rue Prince Albert 93 405 GENnevilliers Cedex Téléphone 01 52 26 00 52 Télécopie 01 52 26 00 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M Hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid (Ex. Jemada) - Oasis - CASA Tél : 05.22.26.34.35	31.08.19	149,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																					
		25533412	21433552																				
		00000000	00000000																				
		<hr/>																					
D																							
00000000		00000000																					
35533411		11433553																					
<hr/>																							
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique: nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

Dr. Mouhcine BENYACHOU

Psychiatre - Sexologue

Diplôme et Spécialisé dans les troubles du sommeil

Electro-encéphalographie

Alcoolisme et Toxicomanie

Ancien médecin chef et consultant à Riyad

Faculté de médecine de Grenoble-France

Expert assermenté auprès des tribunaux



د. بنويش و ماجد

اختصاصي في الطب النفسي والعقلي للكبار والأطفال

لبلوم شخص في الانسربات الجنسية

دبلوم شخص في اضطرابات النوم وتخطيط الدماغ

الإدمان على الكحول والمخدرات

رئيس الطب النفسي وطبيب استشاري سابق بباريس

خريج كلية الطب بكرنيل - فرنسا

محلف لدى المحاكم

Casablanca le, 31/08/2019

دار البيضاء في

18,40

6x18,40

Jennaté M'Ali USA

18,40

Mouhcine (Zaïd)

18,40

Khalid ZF (Zaïd)

18,40

38,40

M'A. 10



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

AMRANI M'Hamed
Pharmacie SAAD

44, Bts Bd. Abderrahim Bouabid
(Ex. Jemaa) - Oasis - CASA

Tel: 05.22.26.34.85

Drbenyachou@yahoo.com
05 22 26 90 52 / 05 40 07 52 45
5 - Zème étage - Casablanca
Prise Moulay Abdellah
Psychiatrie et Psychothérapie
Drbenyachou

05 40 07 52 45 - 05 22 26 90 52 - الهاتف: البيضاء

23, Bd Prince Moulay Abdellah, Appt5, 2ème étage - Casablanca
email: docteurbenyachou@yahoo.com - docteurbenyachou@hotmail.com

18,40

18,40