

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 radiô-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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **BENABDELKRIM SAMIR**

Date de naissance : **15/6/1960**

Adresse : **LAGOS (NIGERIA)**

Tél. : **0669650503** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/06/2019**

Nom et prénom du malade : **Benabdelkrim filali wali d** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Affect. dn neuro-psychiatrique

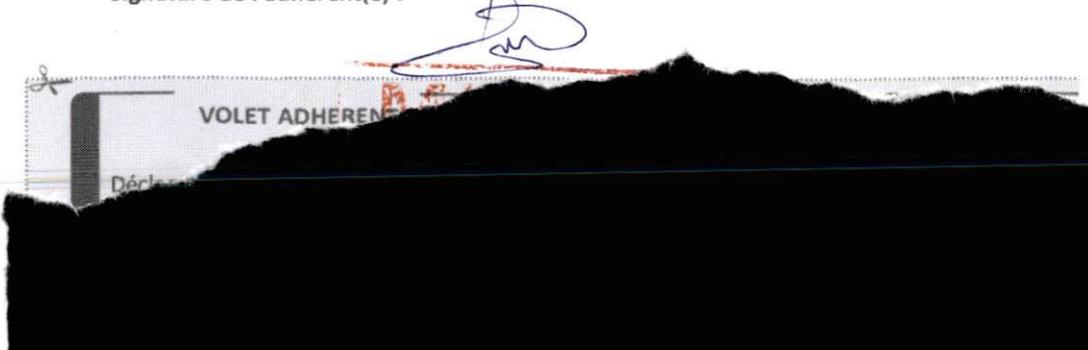
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **19 SEP. 2019**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/06/2015 | 1h 45 min | | 405,00 | INP : <input type="checkbox"/> Docteur K. BELLAY NEUROPSYCHIATRE 19, Bd. Zuccalmaglio 75017 PARIS tél. 22.23.31 / 47.25.54 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Pharmacie N. N. ALLOG Bis, Av. Mador - Tasseblanca Tel. 03 22 50 11 76</i> | 23/06/19 | 145,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Docteur Khalid. El Ali

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلی

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفساني

Casablanca, le

22/06/2019

Benabdellah F. Elali wali

1458

P
23/06/19
00125
Pharmacie 16000 Casablanca
5 Bis, Av. Nadir ZERKOUNI
Tél. 05 22 50 11 17

Periaphi 150 g

replevou à 22H

1's

Th de 155

DOCTEUR X. EL ALI
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zerkouni App. 8
Tél. 22.23.31 / 47.25.85

061722852

70, Bd. Zerkouni (en face du marché des fleurs) - App. 8 - 3ème Etage - Casablanca 20 000 - Tél. : 05 22.22.23.31 / 05 22.47.25.85
I.C.E.: 001933335000020 - INPE : 91047001

QUETIAPHI® LP 150 mg

Quetiapine

30 Comprimés



Ph.i PHARMACEUTICAL INSTITUTE

LOT: E086801A
PER: AVR 2020
PPV: 145 DH 00



Docteur Khalid. El Alj
Psychiatre - Psychanalyste
الدكتور العلچ
أخصائي في الأمراض النفسية
 محلل نفسي

Casablanca, le

22/06/2019

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Khalid EL ALJ prie BENABDELKRIM FILALI Walid d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente selon l'usage, sa note d'honoraires pour :

Une séance de psychothérapie : 1K15

Soit la somme de : 400 DHS

Docteur K. EL ALJ
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zerkouni 1000
Tél. 22.23.31 / 43.25.85. Casablanca