

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-442687

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10466**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BABA OTMANE**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661197694**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BRICHARD
Spécialiste en Psychiatrie
Psychothérapie
Tél.: 05 22 22 165, Bd. Abdellatif Ben Youssef

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfan

Nature de la maladie :

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'at^e 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 : **19/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

12 NOV. 2019

ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/10/19 | Consult. | | 300,00 | INP : Dr. BRICHA Loubna Spécialiste en Psychiatrie Psychothérapie Addictologie Tél. 05 22 22 40 80 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE LA SOURCE Melle El HADJ MOUSSA Docteur 7, Rue Ali Ben Youssef Casablanca - Tel: 05 24 11 11 11 | 19/10/19 | 240,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|---|----------|--|----------|----------|--|----------|-------|--|--|----------|--|----------|----------|--|----------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr> </table> G | | | | 25533412 | | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | <hr/> | | | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 |
| | 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L' | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur BRICHA Loubna

Psychiatre - Psychothérapeute

- Psychiatrie de l'adolescent

- Psychiatrie de l'adulte

- Psychiatrie de l'adulte

- Addictologie

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989



الدكتورة بريشة لبني

اختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

- الطب النفسي للمرأهقين

- الطب النفسي للأكبار

- المعالجة النفسية

- علاج الإدمان

Casablancan, le 19/10/19

Mme Hind LOTFI

240,9
1/ Seroplex 750 mg
Melle EL MOURAD LOTFI
Docteur en Psychiatrie
Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85

1/ - 0 - 0

2/ ALpraz 0,5 mg 750
2/ - 0 - 1/2

240,00 de 2 mois.

Rdv => 16/12/2019

A 16H30

Dr. BRICHA Loubna
Spécialiste en Psychiatrie
Psychothérapie - Addictologie
Tél. 05 22 22 40 60
165, Bd. Abdelmoumen - Casablanca