

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **biologie 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.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0047770

13006

Optique C.-A

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12702

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hajan DSELLEK

Date de naissance : 25/05/1987

Adresse :

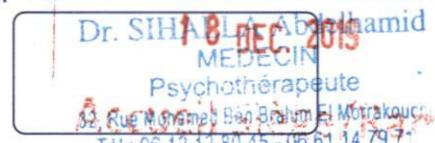
0662781086

Tél. : 9614

Total des frais engagés : 1400000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/19

Nom et prénom du malade : Omer Hajan Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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'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 : Casablanca

Le : 18/12/19

Signature de l'adhérent(e) : Hajan

## **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
Mer 12/11/14	<i>Jfz</i>		<i>620,-</i>	<i>Dr. SIHALLA Aouad MEDECIN Psychotérapeute Rue Mohamed Ben Brahim El Morakuchi 042-13-80-45 - 06 61 14 79 77</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

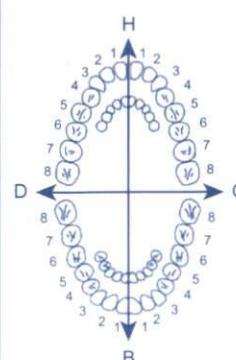
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>    <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">H</th> <th style="text-align: center;">G</th> <th style="text-align: center;">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	B	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D		G	<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553		<hr/>			B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
H	G	B																														
25533412	21433552																															
00000000	00000000																															
<hr/>																																
D		G																														
<hr/>																																
00000000	00000000																															
35533411	11433553																															
<hr/>																																
B																																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Sihalla Abdelhamid

## MÉDECIN

Psychothérapeute Clinicien  
Cognitivo - Comportementaliste  
Sexologue - Addictologue

32, Rue Mohamed Ben Ibrahim El Marrakchi  
2 ème Étage, Quartier Ziraoui (en face Collège  
Ibn Khaldoune) sur Bd. Anfa - Casablanca  
Tél. : 0522 47 07 54 - 0612 13 80 45  
Gsm : 06 61 14 79 71  
E-mail : hamid@sihalla.com

الدكتور سحلا عبد الحميد

طبيب

معالج نفسي سلوكي عقلاني  
معالجة الادمان - مشاكل جنسية

32، زنقة محمد ابن ابراهيم المراكشي  
الطبقة الثانية، على شارع آنفا حي الزراوي  
امام إعدادية ابن خلدون - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 47 07 54 - 0612 13 80 45  
المحمول : 06 61 14 79 71

Casablanca, le : 14.12.19. الدار البيضاء، في :

→ SECCER HAJAR

Une Seance Psychothérapie  
T.C.C de une heure.  
par six séances (60 mn)

Dr. SIHALLA Abdelhamid  
MÉDECIN  
Psychothérapeute  
32, Rue Mohamed Ben Brahim El Marrakuchi  
Tel : 06 61 14 79 71



Prochain Rendez vous : .....