

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-456080

ND. 39462

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>00683</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>AOUAD M'HAMED</u>
Nom & Prénom : <u>AOUAD M'HAMED</u>			
Date de naissance : <u>11.12.1943</u>			
Adresse : <u>256 B^e DE BORDEAUX ETG 5 APP 4^e 10</u> <u>CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>05 22 26 82 80</u> Total des frais engagés : <u>4000 + 622,90</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<i>Docteur Abdelhalim OTARIO</i> Neuro-Psychiatre 75, Rue Taha Hocine (ex.rue galilée) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>19 AOUT 2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>B A Z I B</u> Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>T A M</u>			
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 : 27/07/2020 Signature de l'adhérent(e) : Le : 19.08.2020

BELLEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRE				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19 AOUT 2020	39		462	INP : B110 Dr Abdellatif STAND Docteur Abdellatif STAND Neuro-Psychiatre 75, Rue Taha Houcine (ex.rue galilée) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/2020	622,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

REVIEW DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

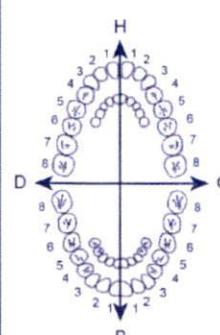
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553
	T

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطارد

أخصائي في الأمراض النفسية و العصبية

خبير خرير

جامعة رونى ديكارت (باريس)

Casablanca, le ١٣ Avril ٢٠٢٢ الدار البيضاء، في

LOT: KH93753
PER: 10-2021
PPV: 220,00DH

B A R I B La mala

22000

—

LOT: PPB0015
PER: 10-2021
PPV: 196,00DH

synaux ١٠ —

١٩,٦ در

١٩,٦ در

٣٧ Arkun ٥ —

٠٢٢٤٤

١٢٨,٩٥ ٢٢٩,٦ —

Ranikel ٢٢٩,٦ —

٧٨,٥ ٢٢٩,٦ —

Bakcne

٢٢٩,٦ —

—

128,90

٧٨,٥ ٢٢٩,٦ —

Bakcne

٢٢٩,٦ —

٦٨٤,٩٥ ٢٢٩,٦ —

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
Rue TAHA Houcine (ex.rue galilee)
Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 — Fax : 0522 27.41.49