

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 : N° P19-0019501

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8366

Société : RDA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A2NY Jamil Date de naissance : 29/11/1986

Adresse : 14 Rue hab Elwan Residence Al Adel

Tél. : 06 13 97 88 15 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur . A. SAL  
Neuro Psychiatre  
54, Bd. Rahal Meskini

Tél : 05 22 29 97 61 / 62

Date de consultation : 21 SEPT 2020 Nom et prénom du malade : Jamil a Age : 1986

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Neuro-psychiatre MUPRAS

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent[e] :

ACCUEIL

19 ULI. 2020

#### **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
1 Sept 2008	CsnPsy	-	300.000 DH	Docteur A. SAISSI Neuro Psychiatre 54, Bd. Rahba Meskini tel : 05 22 29 07 6

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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 canalaire, 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)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur A.SAYEH**  
**Spécialiste**



**الدكتور أحمد السايد**  
**أذْتَهْمَانِي**

**NEURO - PSYCHIATRE**  
54,Bd Rahal El Meskini  
(Au Dessus Pharmacie Lorraine)  
Casablanca

05.22.29.97.61  
05.22.29.97.63

في الأمراض النفسية  
و العقلية و العصبية  
54, شارع رحال المسكيني  
فوق صيدلية لورين ( الدار البيضاء )

Casablanca, le : 21 SEP. 2020 الدار البيضاء, في :

Pm AZPMY Famila.  
Olibantraz 10

1) Apermutin .  
2) Lexomil ou Anxiol 6  
    Kepor  
3) Fluorane 7.5  
    Aper au couché

Durée du traitement :

Rendez-Vous :

Docteur. A SAYEH.  
Neuro Psychiatre  
54, Bd. Rahel Meskini  
Tél : 05 22 29 97 61

توقيت مستمر من الاثنين إلى الجمعة 9 صباحاً 4 بعد الزوال - السبت 9 صباحاً 1 زوالاً

Horaire Continue de Lundi au Vendredi de 9h à 16h - Samedi de 9h à 13h