

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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 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.

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

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.

Nº P19-

051994

ND: 48193

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1246**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL JAALA OUI MOHAMED**

Date de naissance : **11/11/1848**

Adresse : **2, Rue TAFAHNAOUI / HAY ESSALAM
CASA**

Tél. : **06 61 14 16 37** Total des frais engagés : **1243,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur K. EL ALI
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zektouni Appt 8-Casa
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85**

Date de consultation : **05/10/2020**

Nom et prénom du malade : **EL JAALA OUI MOHAMED** Age : **76**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection neuropsychiatrique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

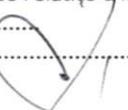
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **6/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



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
25/01/2023	1415.85		5.000,00	Docteur B. EL ALI NEUROPSYCHIATRE B. El Zekraoui App. 033 22 23 31 10522 47 26

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Araucaria Chem. Tali Pharmacien 36 13 06 Hay Selam C.I.I Casablanca 36 13 06 Fax: 0522 39 61 61	05/10/20	743,50

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 l'exploration.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلج

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفسي

Casablanca, le

05/10/2020

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI :

180,00
x 4

1 - FLUOXET 20 MG. GELULES :

1 gélule matin et midi un jour sur deux.

1 gélule le matin après le repas.

23,50

2 - URBANYL 10 MG. CMP. :

1/4 cmp. le soir

743,50

TRAITEMENT POUR 60 JOURS.

د

015290

015291

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TALI Pharmaciens
42 Rue Hassan II Hay Salam C.I.L Casablanca
0522.36.13.05 Fax: 0522.39.81.05

Docteur K. EL ALJ
NEUROPSYCHIATRE
78, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa
Tél: 0522.22.23.31 / 0522.47.25.85

S

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TALI Pharmaciens
42 Rue Hassan II Hay Salam C.I.L Casablanca
0522.36.13.05 Fax: 0522.39.81.05

