

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-705169

par
Cas



B2121

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 30625	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RASHIDA CASAB			
Date de naissance : 31/01/1979			
Adresse :			
Tél. : 0661223562 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 27/08/2022			
Nom et prénom du malade : RASHIDA PARID			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection Psychiatrique			
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.			

Dr AJROUDI
27/08/2022
ACCUEIL Hôpital Hassan II
Signature : **Rashida Parid**

Fait à : **Casa** Le : **27/08/2022**

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 : **Casa**

Signature de l'adhérent(e) : **Rashida Parid**

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
27.08.22			320,00	INP : 091257955 Dr. AJROUD Hasnaa Paris 13 ^e - 343 Avenue de la Grande Armée - 75136 PARIS Bureau : 101 - Tél : 01 43 52 00 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. AJROUD HASNAA	27.08.22	153,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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'EXECUTION

Dr. AJROUJ Hasnaa

Psychiatre - Psychothérapeute

Thérapie cognitivo - comportementale

Addictologie

Psycho-gériatrie



د. أجروج حسناه

طبيبة ومعالجة نفسانية

العلاج السلوكي المعرفي

علاج الإدمان

الطب النفسي للمسنين

ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/08/22

126,00. m. FARID BASMA

① Esciplex

1/2



N° d'Ordre 62892
Date 27/08/22
Quantité UN

Esciplex® 10 mg
Boite de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 234/14 DMP/21/NNP

Barcode
6 118000 022787

- 0 x 2 j

- 0 à maintenir

27,00 Dhs 1

② ALIVIAR 50

1



N° d'Ordre 62892
Date 27/08/22
Quantité UN

LOT : 09921069 S
PER : 12/2026
PPU : 27,00 DH

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules

Barcode
6 118000 230250

O

③ Tanaxet 25

0

- 0

- 1/2 à 1

153,00

m d'un mois, RDV le : 26-09-22.

345 شارع الحزام الكبير الطابق 2 الحي المحمدى - الدار البيضاء (أمام صيدلية القدس)

345, Bd la Grande Ceinture 2^{ème} étage Hay Mohammadi - Casablanca (en face Pharmacie Al Qods)

Tél : 05 22 61 61 66 - GSM : 07 72 91 06 38 - Email : dr.ajroujhasnaa@gmail.com