

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

- Reclamation : 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.

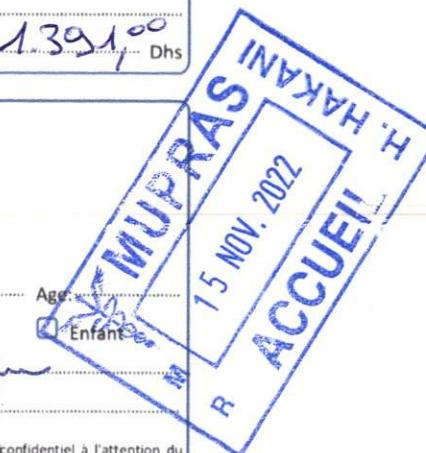
Déclaration de Maladie

N° W21-712988

137349

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : 1246 | Société : RAM | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : EL YAALAOUI MOHAMED | | |
| Date de naissance : 01/01/1948 | | |
| Adresse : 2 Rue TAHANAOUTE - HAY ESSALAM CASA BLANCA | | |
| Tél. : 06 61 46 20 91 | | Total des frais engagés : 1301,00 Dhs |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | Docteur K. EL ALJ NEUROPSYCHIATRE 70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa Tél. 0522 22 23 31 / 0522 47 28 85 |
| Date de consultation : | 21/09/22 |
| Nom et prénom du malade : | EL YAALAOUI MOEL |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | affection neuro 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. | |

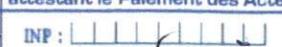


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 21/09/2022

Signature de l'adhérent(e)

| 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 |
| 21/06/2024 | JKAS Psy | | 500,00 | INP : <input type="text"/>  Docteur K. EL AJJ |

| | | |
|---|----------|--|
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | NEUROPSYCHIATRISTE |
| | | Bd. Zekkoune Appt 8-Casa TÉL: 0522 22 23 31 / 0522 47 75 85 |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 21/03/22 | 88102 |

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

VOLET ADHERENT

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INR : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------|--|------------------|-------------|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|---|--|---|--|--|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | D | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلجم

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفساني

Casablanca, le

21/09/2022

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI :

28700

X 2

1 - FLUOXET 20 MG. GELULES :

1 gélule le matin après le repas un jour sur deux
2 gélules le matin après le repas un jour sur deux

>
> 60
> 00
/ 388

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

Docteur K. EL ALJ
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa
Tél: 0522.22.22.31 / 0522.47.25.85

PHARMACIE KHALID ALJ
Hicham TALI Pharmaciens
40, Rue d'Ifrane Hay Salam
70105 Casablanca
Tél: 05 22 36 13 05 / 05 22 36 61 05

Portable du Cabinet : 06 15 640 140

70, Bd. Zerkouni (en face du marché des fleurs) - App. 8 - 3ème Etage - Casablanca 20 000 - Tél. : 05 22.22.23.31 / 05 22.47.25.85
I.C.E.: 00193333500020 - INPE : 91047001

RECORDS DRUGS

215400

