

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed ~~Kir~~ et Rue Allal 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° W19-566871

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	17466	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RCHID Khelid
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
1416,60 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr Hajaj MHD			
Psychiatre - Pédiopsychiatre			
Psychothérapeute			
511, Bd. Al Qods, Rés Jardins d'Qods Californie, 4ème étage, N°31 - Casablanca			
0522 50 48 20 / 0614 90 44 30			
Date de consultation : 15 MAI 2023			
Nom et prénom du malade : GUESAB Alabille Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Trouble de l'humeur			
Nature de la maladie :			
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 : 15 JUIN 2023
Signature de l'adhérent(e) : *Abdelkader GUESAB*



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
AS/10/2023 CALPSY			3000 DT	INP : 091172791 Dr. Hajar M. Pedopsychiatriste - Psychothérapeute Psychiatre - Psychothérapeute Residium Al Quds California, N°31 - Casablanca Tél: 0614-90-44-30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR HAJAR 106, Bd Makdad iahriji Hay El bouda Cite Djemaa Casa Tél : 05 22 57 88 08 SEKKAT Rachid Dr. en Pharmacie	15/23	1116,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Hajar MEHDI

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent

Addictologie

Psychothérapie



PHARMACIE AL AHRAM

106, Bd Makdouh Lahrizi

Hay El houda - 4ème Djemaâ

Casa - Tel : 06.22.57.88.98

SEKKAT Rachid Dr en Pharmacie

Ordonnance

الدكتورة هاجر مهدي

اختصاصية في الأمراض النفسية

والعصبية

الطب النفسي للطفل والمرأة

طب الادمان

العلاج بالجلسات

Le Lundi 15/5/23

- Dr Nasila GUESBAA -

2030 x 2 / Dulophi 30mg SV

114386

1 félule / matin x 1 mois et demi

16000 x 2 / Dulophi 30mg (ou Cymdelta 30mg) SV

114387

1 félule / matin

2472 x 3 / Taraxet 25mg SV

1 Cpt / Jour

4550 x 3 / Sédatif SV

2 - 2 SV

x 2 semaines

Quantité Suffisante Pour : - 03 mois -

Rendez-vous le 08/10/2023 à 16h

511, شارع القدس، إقامة "حدائق القدس كاليفورنيا"، الطابق 4، رقم 31، الدار البيضاء

511, Bd.Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie"

4ème étage, n° 31, Casablanca

05.22.50.49.20 - 06.14.90.44.30

✉ dr.hajar.mehdi@gmail.com

Dr. Hajar MEHDI
Psychiatre Pédiatrique
Psychotérapeute
4ème étage, n° 31 - Les Jardins Al Qods Californie,
Casablanca
Tél: 05.22.50.49.20 / 06.14.90.44.30

Cymbalta 60 mg
Boîte de 28 gélules gastro-résistantes
PPV : 293,00 DH
AMM N°206/14 DMP / 21 /NRQ
Distribué par **SOTHEMA**
B.P.N° 1,27182-Bouskoura

6 118001 070916

Cymbalta 60 mg
Boîte de 28 gélules gastro-résistantes
PPV : 293,00 DH
AMM N°206/14 DMP / 21 /NRQ
Distribué par **SOTHEMA**
B.P.N° 1,27182-Bouskoura

6 118001 070916

LOT : 003
PER : DEC 2024
PPV : 160 DH 00

LOT : 003
PER : DEC 2024
PPV : 160 DH 00

24,20

24,20

24,20

BOTTU SA
PPV: 45 DH 50

BOTTU SA
PPV: 45 DH 50

BOTTU SA
PPV: 45 DH 50