

## 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

A6604

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

169

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUAB

Date de naissance :

09/03/1952

Adresse :

Résidence Manshay Imm. R5 Apt 15  
Zemmache

Télé. :

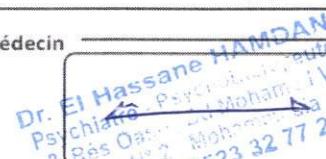
0663 449 425

Total des frais engagés :

686,70 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/06/2023

Nom et prénom du malade :

BOUAB LAJLA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Elle

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) :

Cady

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
25.6.23	G.N.P		300,00	INP : 081071860 Dr El Hassani Psychiatre 3, Rue de la République 0525327722 APN / Fax : 0525327722

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. LALIKA Tulu, 248 Bis El Marnouka C.P. Ben 23 3035 Tel. IFax: 05 39541750 C.I.C. numero N° 0004166750	<u>10/06/2023</u>	<u>386,40</u>

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

T

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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"/>																
ODF 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">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		35533411	00000000	11433553	00000000
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
35533411	00000000	11433553	00000000																	
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
		<p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>																		
		<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>																		
		<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

# Dr. HAMDANI EL HASSANE

PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)

Ancien Assistant en Pédopsychiatrie

(Région Parisienne)

Formation en Sexologie Médicale

Formation en Electroencéphalographie (E.E.G)

Formation en Pédopsychiatrie

M. (Mlle) B O U A B

L A I L A

1994/10/20  
11 FLVO XET 20

35/40  
21 ALHAAZ 0

24/0022(54.00)  
3 HALIZ JIAG 2

386/40  
24 1 R



Signé :

Dr. El Hassane HAMDANI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
3, Rés Oasis, Bd Mohamed V  
Appt N° 2, Mohammedia  
Tél / Fax : 0523 32 77 22

# الدكتور حمداني الحسن

اختصاصي في الطب والعلاج النفسي

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات الطب

النفسي للأطفال في ضواحي باريس

تكوين في الطب الجنسي

تكوين في التخطيط الكهربائي للدماغ

تكوين في الطب النفسي للأطفال

Mohammed, Le

09/06/1998

N° 1B160  
Pharmacie Pont Blondin  
N° : 0523 1598  
Le : 09/06/1998

N° 1B160  
Pharmacie Pont Blondin  
N° : 0523 1600  
Le : 09/06/1998

N° 1B160  
Pharmacie Pont Blondin  
N° : 0523 1601  
Le : 09/06/1998

LOT : 18922094  
PER : 10/2027  
PPV : 22.00 DH

2A100



LOT : 01922034  
PER : 10/2027  
PPV : 27.00 DH

Alpraz® 0.5 mg  
28 comprimés sécables



LOT 230100 1  
EXP 13 07 2025  
PPV 35.70

35100

LOT 222826 1  
EXP 09 2025  
PPV 297.00

Fluoxet® 20 mg  
60 gélules

