

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.

Nº M20- 0007028

Maladie

Dentaire

Optique 179545 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
2264

Matricule : Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Houssib El Idrissi**

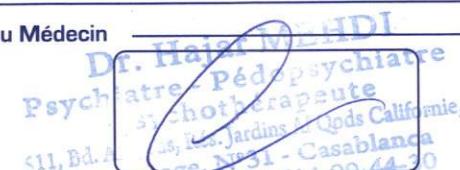
Date de naissance : **02/02/1952**

Adresse : **Hay Marabouta Rue 6 N° 26**

Tél. : **06 65 29 39 98** Total des frais engagés : **544,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24 JUIL 2023**

Nom et prénom du malade : **MRAIH FOUZIA** Age : **18,65**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Troubles anxieux**

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 : **PARIS** Signature de l'adhérent(e) : **CHOUFI**

Le : **01/10/2023**

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
4 JUIL 2023	CNPSPV		3000 DT	Dr. Hajar MEHDI Psychiatre - Pédiatre Psychiatre Psychotraumatologue 4ème étage, N°31 - Casablanca 0522-50-49-20 / 0614-00-44-30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-KHARAJ	24/07/2023	244,13

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text

Docteur Hajar MEHDI

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent

Addictologie

Psychothérapie



الدكتورة هاجر مهدي

اختصاصية في الأمراض النفسية
والعصبية

الطب النفسي للطفل والمرأة

طب الإدمان

العلاج بالجلسات



Ordonnance

Dr. Hajar
Psychiatre - Ps
SIL, Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods", 4ème étage, n°31, Casablanca
Le Lundi 24/07/23

- N°^{me} Fouzia DRAIHI-

LOT 1209706
EXP 09/25
PPV 79DH80

1) Veloxor LP 37,5 mg
7g. t. 1 gélule matin x 3j puis remplacer

15. w par: Veloxor LP 75 mg

LOT 1209707
EXP 08/25
PPV 101DH80

2) Anxiol 6mg



1/4 opt/soir x 15jou
puis 1/2 opt/soir jusqu'à

LOT 230843
EXP 05/2025
PPV 36.70DH

3) Alinor 50mg
1 gélule / Soir



Quantité Suffisante Pour: 0100j

Dr. Hajar
Psychiatre - Ps
Psychotherapeute
N°1-06
4ème étage, n°31 - Casablanca
0522-50-49-20 / 0922-50-49-20

Rendez-vous le 24/08/2023 - Ml.

فائق القدس كاليفورنيا، الطابق 4، رقم 31، الدار البيضاء

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

4ème étage, n°31, Casablanca