

# 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.

18181

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
02 13 036

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ayasmine Ounaaachou  
14/03/1988

Date de naissance :

Adresse : 02 Rue Stephane Haelarme Etg 2 App 1 Valleur  
Casablanca Maroc

Tél. : 06 62 81 86 83

Total des frais engagés : 1019,80 Dhs

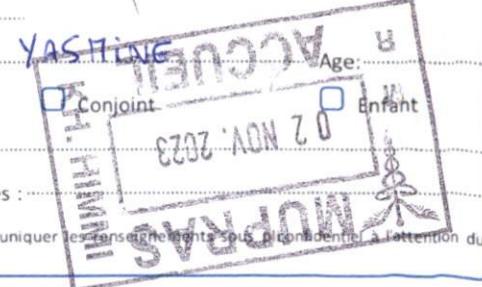
Cadre réservé au Médecin

**Dr. N. AJOUB**  
Psychiatre - Psychothérapeute - Addictologue  
Adultes - Enfants - Adolescent  
22, Bd Yacoub El Mansour Etg 1 N° 13  
Mérida - Casablanca  
Tél. 052 98 07 08 - INPE: 091197228

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.10.2023

Nom et prénom du malade : OUNAAACHOU



Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Shess

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires 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 : 14.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE LAABOUDI SAWA</b> 27, Rue Al Bachir Laabid Bataeaux - Casablanca Tél. 052 00 50 50	14/10/23	613.80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 : <input type="text"/>												
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	<hr/>		35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G															
25533412 00000000	21433552 00000000															
D	G															
<hr/>																
35533411	11433553															
B																
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Naoual AJOUB  
Psychiatre

Psychiatrie de l'Adulte  
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Addictologie  
Thérapies Cognitives et Comportementales



الدكتورة نوال أوجوب  
طبيبة نفسية

الطب النفسي للأطفال والراهقين  
طلب الإدمان  
العلاج النفسي المعرفي السلوكى

Nom :

oumaachou yasmine Date : 16/10/2023

297.00

180.00

1/ Fluoxet 20mg

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Lassaj  
Cite Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 08 - ICE: 00151333880011



$$35.70 + 4 = 162.70$$

2/ Alpraz 0,1mg

1cp/j

3mg

619.80

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Lassaj  
Cite Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 08 - ICE: 00151333880011

Dr. N. AJOUB  
Psychiatre - Psychothérapeute - Addictologue  
22, Bd Yacoub El Mansour Espace El Mansour 1<sup>er</sup> étage, N° 13 Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 98 07 08 - IN.P.E: 1111107229

22, Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour 1<sup>er</sup> étage, N° 13 Maarif - Casablanca  
Tél.: 0522 98 07 08 / WhatsApp : 07 74 13 30 78 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com

22 شارع يعقوب المنصور، فضاء المنصور الطابق الأول، الرقم 13 - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 98 07 08 / الواتساب : 07 74 13 30 78 / البريد الإلكتروني : drAjoubNaoual@gmail.com

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530