

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 opératoire et l'hospitalisation sont à régler.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèse

- 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 caractère personnel.

RAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue A
Casablanca 20000 - Tél : +212 32 20 45 15 / 20 55 55 - Fax : +212 32 20 45 15

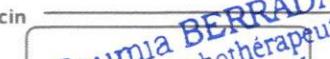


Déclaration de Maladie

Nº W21-721048

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9738	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	84365
Nom & Prénom :		CHAABAOUI AZIZA	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661081272	Total des frais engagés :	153,60

Autorizations CNEDR N° : A 315 /2010

Cadre réservé au Médecin	 Pt. Soumia BERRADA Psychiatre - Psychothérapeute 254, b ^e , 3 ^e étage Mansour 22 94 59 59 <small>Essai à la 2^e étage Appt.</small>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20/11/2013		
Nom et prénom du malade :	CHAABA OUT Azizag	Age:	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Affect psychiatrique		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 : CHAM

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :
.....

Le : 20/11
27 NOV. 2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
26.11.23	Chpct	Gratuité		INP : 09103200 Pr. Soumia BERRADA Psychiatre Psychothérapeute 294, B- 1er étage 2ème étage Appart. Rue de l'Esplanade 55 204 59 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2023	163,60 DT

ANALYSES - RADIographies

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

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'EXECUTION



Addictologue - Sexologue

Ex. Interne des Hôpitaux de Paris

Ex. Pr. à la faculté de Médecine de Casablanca

Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie

CHU Ibn Rochd, Casablanca

Thérapie Cognitive et Comportementale

Thérapie de Couple

Affirmation de Soi

Gestion de Stress

اختصاصية في الأمراض النفسانية

العصبية والإدمان والصعوبات الجنسية

طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً

أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً

رئيسة مصلحة مرکز الإدمان بالمستشفى

الجامعي ابن رشد سابقاً

Casablanca, le :

20/11/2023

Dr. Soumia Berrada

Zep - GJ

188.09 1/4 40 S.V.

Panadol 40

1 g/10 ml

Taneax 40

1 g/5 ml

*Pr. Soumia BERRADA
Psychiatre - Psychothérapeute
294, Bd. Hassan II, 10
Résidence Espace Anfa, Appartement 7, 2ème étage
Tél.: 05 22 94 59 59*

*11 de Novembre
Imane*

Noureddine



٢٤١٢

دو

طاراكسيت[®]

هيدروكسيزين ثانوي كلوريدرات

مبلغ 25

قرصاً مغلفاً قابلاً للكسر
عن طريق الفم

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المنتصف	النهار	مساء	ليل
صباح	النهار	مساء	ليل
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	النهار	مساء	ليل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TARAXET[®] 25 mg

30 Comprimés pelliculés sécables

AMM N° 347/15 DMP/21/NNF



6 118000 022954

سوطيمها
Sotthema

بانيكال®

20 ملجم

باروكسيتلين

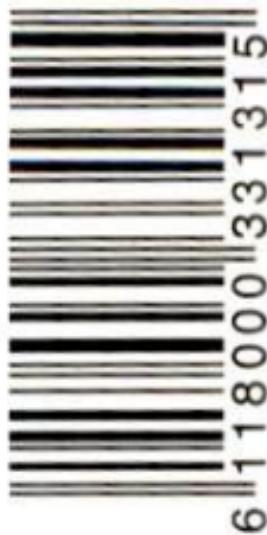
عن طريق الفم

30
جرعة مفتوحة

Panekal® 20 mg

Paroxétine

30 Comprimés Pelliculés



6118000331315

Zenith pharma

128,90

