

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir 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° W19-523934

ND : 50881

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9528 Société : R.A.T.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUAROU HABIBA
 Date de naissance : 01/11/1968
 Adresse : 51 Rue ELKOUZAM ET 62 APP 6 BEAUFORTOUR CASABLANCA
 Tél. : 0663497193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/09/2020
 Nom et prénom du malade : El Ktiouy
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : TB pauvre
 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.

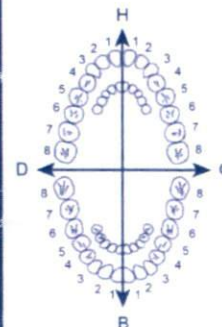
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 2/09/20
 Signature de l'adhérent(e) :

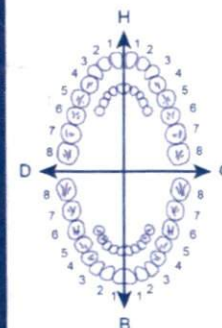
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/09/20	C.N.		1205 DHS	INP : [] [] [] [] [] [Signature] Dr. Salim... Centre Psychiatrique 32-87 RUE... 966953300 966953300 966953300

[illegible][illegible][illegible]

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

Dr. Sakina YAALAOUI
Psychiatre, Psychothérapeute
Enfants Adolescents & Adultes



الدكتورة سكيانة يعلاوي
طبيبة و معالجة نفسانية
الطب النفسي للأطفال و الكبار
بالموعد

Sur Rendez-vous

Casablanca le 02/09/2020 : الدار البيضاء في

M^{lle} El Ktiham Rami
15430
21 Scitap 10

2/9/20
24730

16740 — 0 — 1
21 Medizapine 5mg

2/9/20
24730

0 — 0 — 1 x 75
pas 1 cp le soir si besoin

32470

Traitement de: 01 mois

RDV: 25/09/2020

Dr. Sakina YAALAOUI
Psychiatre Psychothérapeute
Tel: 0522 25 82 86 / Urg: 06 69 90 39 05
ICE: 001898874000014
INPE: 91048744

PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSAS - SI TABBARAL-aita
213, Bd. Mohammed El Moudjahid - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51



Facture des Honoraires

Je soussigne, **Docteur YAALAOUI SAKINA**,

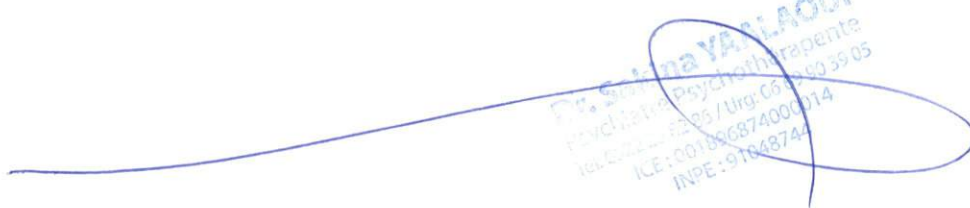
certifie que Mr (Mme) El Khiam Rami,

a fait une consultation de, 02/09/2020

soit le montant de 400 Dhs.

Attestation délivré pour servir et valoir

ce que de droit.


Dr. Sakina YAALAOUI
Psychiatre Psychologue
Tel: 0522 47 36 14 / Urg: 06 87 40 00 14
ICE: 00198357000019
INPE: 9104874

MEDIZAPIN[®] 5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 028
PER : JUL 2022
PPV : 167 DH 40

CiplaMaroc



INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATION

À conserver à une température $\leq 25^{\circ}\text{C}$.

Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال و المقادير
الترموما بوصفة طبيبك التزاما دقيقا

شروط الاستعمال

أنظر النشرة داخله

عن طريق الفم

المحافظة

يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل أو تساوي 25° مئوية،
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.

S-CITAP[®] 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT: KE00018
PER: NOV 2021
PPV: 154 DH 30



INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.

A conserver à une température $\leq 25^{\circ}\text{C}$

Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال و المقادير
التزموا بوصفة طبييكم التزاما دقيقا

شروط الاستعمال
أنظر النشرة داخله
عن طريق الفم

المحافظة

يجب الاحتفاظ بهذا الدواء داخل العلبة
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة نقل أو تساوي 25°C مئوية.
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.