

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-506899

ND 15152

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8454

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Kenfachou Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.0889.62.08

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 03 JAN. 2020

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) :

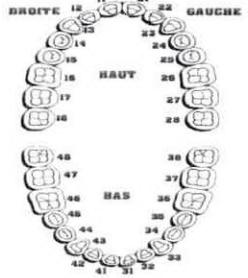


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le patient est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture.

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
					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins Date du devis Fin de
		H 25533412 00000000 D	G 21433552 00000000 G		
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
<p>VOLET ADHERENT</p>					
NOM :		Mle			
DECLARATION N°		W18-397114			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>					

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2454

Nom & Prénom

KENFAOUI Abdellah

Fonction

retraité

Phones 0608.89.62.08

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

MAJDA

Adhérent Conjoint Enfant Age 25 ans

Date 08/01/2010

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affection psy chiatrisque

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Consultation
psychiatrisque

#300DAH

PHARMACIE

Date 08/01/2010

Montant de la facture

858.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Docteur Anwar M'hamed Yassine

Médecin Spécialisé en psychiatrie

Diplômé en thérapies cognitives et comportementales

Diplômé en addictologie

Ancien médecin interne en France

Ex-chef de service de psychiatrie à Laayoune



الدكتور أنوار لمحمد ياسين

طبيب إختصاصي في الأمراض النفسية

أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي

أخصائي في طب الإدمان

طبيب داخلي في فرنسا سابقاً

رئيس مصلحة الأمراض النفسية بالعيون سابقاً

ORDONNANCE

Casablanca, le

02/01/14

Melle KENFAOUI MAJDA

320,00

① Medigapin 10 mg qd 2979H

869,00 x 2

1 cp 1ml le soir

② Risperdal (Solution buvable) 2979S

1 ml le matin et 2 ml le soir

Traitement de 30 jours

858,00

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tel.: 022-36-54-38

Dr. ANWAR M'hamed YASSINE
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Kadiri Résidence Naim
Imm. 7, Appart. 2, 1er étage, Sidi Maarouf
Casablanca 20120
Tél. : 0522.78.48.36 - GSM : 06.53.85.08.24 - E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com

شارع أبو بكر القادي، إقامة النعيم، عمارة 7، الشقة 2، الطابق الأول، سيدى معروف، الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm.7, Appt.2, 1er étage, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 0522.78.48.36 - GSM : 06.53.85.08.24 - E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com

Composition pour 1 ml de solution buvable : rispéridone 1 mg, excipients q.s.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C. Ne pas congeeler.
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière et l'humidité.
Lorsque le flacon est ouvert, toute partie non utilisée de Risperdal solution buvable doit être jetée après 3 mois.
N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte ou le flacon. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Lire la notice avant utilisation.
Administration: Pour faciliter une mesure précise, utilisez la pipette calibrée fournie ou une mesure graduée.

3400934398193



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

NIVEAU 2
Ne pas conduire sans avis
Soyez très prudent.



Ne pas utiliser chez la femme
enceinte, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique
DANGER
RISPERDAL + GROSSESSE =



Uniquement sur ordonnance - Liste I

Respecter les doses prescrites

Risperdal® 1mg/ml 60 ml solution buvable voie orale

Risperdal® 1mg/ml
60 ml solution buvable



Lot

JBB2H00

Date de fab

02-2019

01-2022

EXP

Maphar
Km 10, Route Cotière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH

118001 182633



