

## 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.

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° W19-418306

MDK 20712

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11216 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : RACHID KHALID

Date de naissance : 27/05/1976

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Hajar MEHDI

Psychiatre - Pédiopsychiatre  
Psychothérapeute  
511, Bd. Al Qods, Rés. Jardins Al Qods Casablanca  
4ème étage, N°31 - Casablanca  
0522 20 45 45 / 0614 90 44 10

Date de consultation : 16/09/2020

Nom et prénom du malade : GAUESSAB NABILA Age : 32 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Troubles de l'humeur

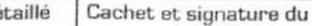
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Censa Le : 11/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : Rachid

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
03.01. 2020	Psychotérapie		400 DH	INP : <u>MEHDY</u>  Dr. Hajer MEHDY Psychiatre - Pédopsychiatre Psychotérapie Rés. Jardin Al Qods Casablanca Tel: +212 34 90 44 30

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
 <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				INP : <input type="text"/>		
<b>COEFFICIENT 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>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   00000000   00000000 35533411   11433553 B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>						

Docteur Hajar MEHDI

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant  
et de l'adolescent

Addictologie

Psychothérapie



الدكتورة هاجر مهدي

خصخصية في الأمراض النفسية  
والعصبية

الطب النفسي للطفل والمرأة

طب الإدمان

العلاج بالجلسات

## Ordonnance

Le 09/01/2020

- N° Nabila GUESSAB -

Lancer de psychothérapie  
(sans prescription)

Dr. Hajar MEHDI  
Psychiatre - Pedopsychiatre  
Psychotérapeute  
Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie",  
4ème étage, N° 31  
Tél: 0614.90.44.30 - 0522.50.49.20 / dr.hajar.mehdi@gmail.com

Traitements de

Rendez-vous le 16/01/2020 à 18h15

511, Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie", 4ème étage, n° 31

511, شارع القدس، إقامة "حدائق القدس كاليفورنيا"، الطابق 4، رقم 31

0614.90.44.30 - 0522.50.49.20 - dr.hajar.mehdi@gmail.com