

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-566849

54930



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11716

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

R.CHID

Khalid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

300.000.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hajal MEHDI  
Psychiatre - Pédiopsychiatre  
Psychotérapeute  
11, Bd. Al Qods, Rte. Jardins Al Qods California  
3ème étage, N° 31 - Casablanca  
0522 50 49 30 / 0614 90 44 31

Date de consultation :

20/1/2020

Nom et prénom du malade :

GUÉSSAB Nahila

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 05/01/21

Signature de l'adhérent(e) :

R.CHID

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

| RELEVE DES HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes       | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes   |
| 20/11/17<br>20/11/17  | ON PSY            |                       | 300 DH                          | INP : [ ]<br>Dr. Hajaj MHD<br>Psychiatre Pédopsychiatre<br>Psychothérapeute<br>Jadidat Qods Calimah<br>Casablanca - Casablanca<br>06-44-25 |
|                       |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| HARMACIE AL AHRA<br>106, Bd Makdad Iahrizi<br>Hay El houda - Le Djemaâ<br>Casa - Tél : 05 24 57 88 98<br>KAT Rachid Dr. en Pharmacie | 20/11/18 | 18 76,60 DHT          |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 F1.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : _____                             |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
|------------------------------|---|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|---|
|                              |   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br>_____ |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
|                              |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b><br>_____      |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
|                              |   |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b><br>_____       |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
|                              |   |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b><br>_____         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td></tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td></tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  |  | B | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  |  | G | 35533411 | 11433553 | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br>_____ |
| H                            | 25533412  | 21433552         |             |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
| D                            | 00000000  | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
| <hr/>                        |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
| B                            | 00000000  | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
| <hr/>                        |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
| G                            | 35533411  | 11433553         |             |   |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
|                              |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b><br>_____      |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
|                              |   |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b><br>_____           |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |
|                              |   |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b><br>_____     |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Hajar MEHDI

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant  
et de l'adolescent

Addictologie

Psychothérapie



الدكتورة هاجر مهدي

إختصاصية في الأمراض النفسية  
والعصبية

الطب النفسي للطفل والمرأة

طب الإدمان

العلاج بالجلسات

## Ordonnance

Le Vendredi 20/11/2020

- N°<sup>me</sup> Nasila GUESSAB -

280.00  
10/ Dulophi 60mg  
1 - 1 - 0

SV

20/11/20  
118289

2830.20/ Athynil 30mg  
1/2 cpl Soir

SV

20/11/20  
118290

PHARMACEUTICAL AHRAM  
106, Bd Makhlouf Lahrizi  
Hay El houa, Cite Djemai  
Casa - Tél : 05 22 57 88 98  
SEKKAT Rachid Dr. en Pharmacie

Dr. Hajar MEHDI  
Psychiatre - Pédopsychiatre  
Psychotérapeute  
Al Qods, Résidence Al Qods Californie  
522.50.49.28 / 0614.90.44.31 - Casablanca

Traitement de 037018 -

Rendez-vous le 12/02/2020 à 16h

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

31، شارع القدس، إقامة "حائق القدس كاليفورنيا"، الطابق 4، رقم

0614.90.44.30 - 0522.50.49.28 - dr.hajar.mehdi@gmail.com

LOT : B005803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : B005803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : B005803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : B005803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : B005803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : B005803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT 200813  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

98,30