

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Nº W19-573338

N D 56055

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Matricule : 9628 Société : R-A-M

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : OUAZEH HABIBA

Date de naissance : 5/11/1968

Adresse : 51 rue EL KOUZAM ET 62 APPG

BEAUSIE TOUJ CASABLANCA

Tél. : 0663497193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sakina YAALAOUI  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tel: 0522 25 82 86 / Urg: 06 69 90 39 05  
ICE: 00189687400014

Date de consultation : 28/10/2020

Nom et prénom du malade : El Ktiaa Rolaq Age:

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Tb pulm MUPRAS

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 : 22/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : OUAZEH

#### **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
20/06/2014 10/06/2014 00	Pièce 4		600,000	INP : P. SAKINA / Psychiatre / 25/06/2014 / 000014 Dr. S. SAKINA / Psychiatre / 25/06/2014 / 000014 NPE : 00189667 / 91024744

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22 10 90	308,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES TRANSFORMATIVES			
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
		A M	P C	I M	I V	
DR. MARIE-ÈVE LAROCHE	1998-01-01					

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <td>B</td> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
<hr/>																			
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 22/10/2020

## ORDONNANCE

MW Rhomig El Khiam  
 $(154,30 \times 2)$  308,60  
1/ Acitop 10   
1 — 0 —  
N° ordre :  
103503  
23/10/20

HT de 0 mois

22/11/2020

~~Madame BENTAL LATIMA  
Pharmacie de la Gare  
Rue Sograte - Maârif  
Casablanca - Tel : 0522 25 22 09~~

Dr. Sakina YAAJOUI  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tel: 0522 25 82 85 / 0522 47 36 14  
ICE : 00189687400014  
INPE: 91048744

Clinique des Jardins : 206, Avenue Mers Sultan - Casablanca

Tél. : 0522 47 34 53 - 0522 47 36 14 - Fax : 0522 47 36 14

E-mail : clinique.jardins@gmail.com / Site Web : www.cliniquedesjardins.com

# S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00018

PER : NOV / 2021

PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



# S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00018

PER : NOV / 2021

PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc





Dr. SAKINA YAALAOUI  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tél: 0522 25 82 86 / Urg: 06 69 90 39 05  
ICE: 001896874000014  
INPE: 91048744  
22 OCT 2020

## Facture des Honoraires

Je soussigne, **Docteur YAALAOUI SAKINA**,

certifie que Mr (Mme) ..... EL KRIAMI Rabié.

a fait ..... 5 séances de psychothérapie.

soit le montant de 600 Dhs.

Attestation délivré pour servir et valoir

ce que de droit.

Dr. Sakina YAALAOUI  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tél: 0522 25 82 86 / Urg: 06 69 90 39 05  
ICE: 001896874000014  
INPE: 91048744