

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-597462

60248 C A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6847	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAHAFID NOUREDDINE			
Date de naissance : 01/01/1965			
Adresse : Rabat			
Tél. :	0668172990	Total des frais engagés : 784,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Médecin Spécialiste en Psychiatrie Bd. Abou Bakr El Kadin Résidence Naim Imme 7 Appart. 2 - 1er Etage Sidi Maarouf Casablanca 101 - N° 22 78 42 39			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13/01/2011			
Nom et prénom du malade : BAHAFID NOUREDDINE Age: 55 ans			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection psychiatrique			
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 : 13/01/2011

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/01/2011



EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Chiffre du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/21	484,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Tel. 139233			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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"/>															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DÉBUT D'EXÉCUTION															
				FIN D'EXÉCUTION															
				ODF PROTHÈSES DENTAIRES															
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> </table>		H		25533412 21433552		D		00000000 00000000		B		35533411 11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				H		25533412 21433552													
				D		00000000 00000000													
B		35533411 11433553																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
						DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																

Docteur Anwar M'hamed Yassine

Médecin Spécialiste en psychiatrie

Diplômé en thérapies cognitives et comportementales

Diplômé en addictologie

Ancien médecin interne en France



للدكتور أنوار محمد ياسين

طبيب إختصاصي في الأمراض النفسية

أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي

أخصائي في طب الإدمان

طبيب داخلي في فرنسا سابقا

ORDONNANCE

Casablanca, le 13/01/2021

NOURED DINE

صيدلية ماروك
Mr. BAHAFID
Noureddine
1. Legulet 100 mg q-
2. Ranoqip 150 mg q-
3. Ranoqip 150 mg q-
Traitement de deux mois
T = 484.60

Traitement de deux mois

Dr. Anwar M'hamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Hassan II, Résidence Naim, Imm. 7 Appart. 2, 1er étage, Sidi Maarouf, Casablanca
Tél. : 05.22.78.48.36 E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com

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

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

Tél. : 05.22.78.48.36 E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com

PPV: 156 DH 20

PPV: 156 DH 20

CODE NO.: HP/DRUGS/MNB/95/2

6 118001 030330

TEGRETOL® CR 200 mg
Comprimé
pelliculé sécable

PPV : 86.10 DH

6 118001 030330

TEGRETOL® CR 200 mg
Comprimé
pelliculé sécable

PPV : 86.10 DH