

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-599812

66934

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3908

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MESSEOUDI ADIL

Date de naissance :

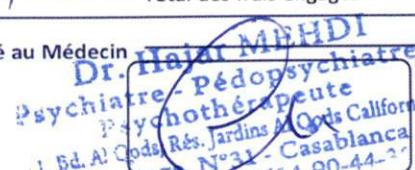
11/05/69

Adresse :

Tél. : 0661443357

Total des frais engagés : 500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

30 JAN. 2021

Nom et prénom du malade :

MESSEOUDI Adil

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Trouble du comportement

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 5/4/21

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

N° W19-599812

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

MESSEOUDI

500,00

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

5/4/21

## 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
01/01/2013	CNP81		5000 Dhs	INP: Dr. Hajat N. H. Hajat Psychiatre - Pédopsychiatre Psychotérapeute Al Qods, Res. Jardins Al Qods Casablanca 11, Bd Al Qods, Casablanca Téléphone: 0614.90.44.30 / 0614.90.44.30

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

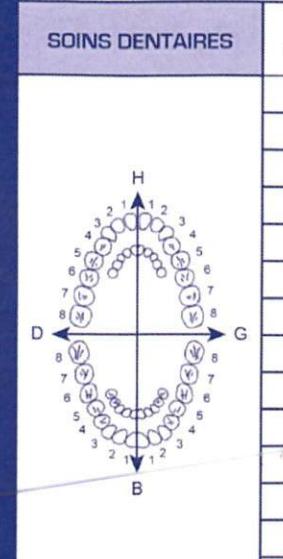
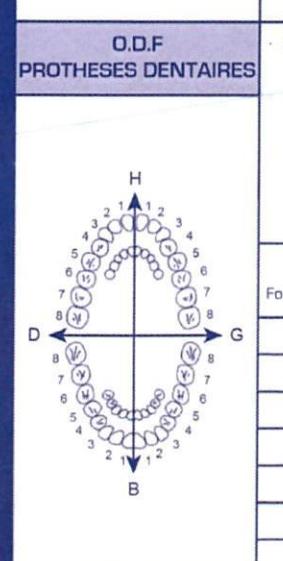
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																					
				Montants des soins <input type="text"/>																					
				Début d'exécution <input type="text"/>																					
				Fin d'exécution <input type="text"/>																					
		Determination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		00000000		35533411		11433553		B		G		Montants des soins <input type="text"/>
		H																							
		25533412	21433552																						
		00000000	00000000																						
		D																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		G																							
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Hajar MEHDI



## Psychiatrie de l'adulte

## Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

## Addictologie

## Psychothérapie

الدكتورة هاجر مهدي

## ال اختصاصية في الأمراض النفسية و العصبية

الطب النفسي للطفل والمراهق

طب الإدمان

## العلاج بالجلسات

## Ordonnance

Le Samedi 30/1/2021

- Nehdi NESSEAUDI -

# Consultation Sans prescription

D. Hajar M. E. HDI  
Psychiatre - Redopsychiatre  
Psychiatre - other Psychiatre  
Bd. Al Quds, 131 - Casablanca  
stage, 13225049-20 / 574-90-44-32

Q.S.P. ....

Rendez-vous le 13/02/2021 à 19h

511، شارع القدس، إقامة "حائق القدس كاليفورنيا"، الطابق 4، رقم 31، الدار البيضاء

511, Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie"

4<sup>ème</sup> étage , n°31, Casablanca

© 06.14.90.44.30 - 05.22.50.49.20

✉ dr.hajar.mehdi@gmail.com