

## 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-585891

69082 ↗

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9123	Société :	R.A.D
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELZAHAR YOUSSEF			
Date de naissance : 22 octobre 1966			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs.			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Dr. Hafid El Hdi Psychiatre - Psychiatrist Psychothérapeute Psychotherapeute 511, r. Al Qods, Rés. Jardins Al Qods California 4ème étage, N°31 - Casablanca 1522-50-49-20 / 0514-90-44-20			
Date de consultation : 27 JAN 2021			
Nom et prénom du malade : BOUZIANE Zoubida Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Troubles anxieux			
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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 22/04/2021

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

N° W19-585891

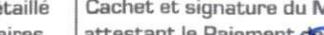
69082

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) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

## **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.
27 JAN. 2022	CNP SY		3000 DH	INP : <input type="text"/>  Dr. Hajar Nihal Psychiatre Pédo Psychiatrie Psychothérapeute Jardins Al Qods Casablanca N°31 - Casablanca 0614-90-44-76

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL OOF AIN CHOCK CASABLANCA 105225065 10/06	27/01/2021	358,00 DT

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### 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"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">D</td> <td style="width: 33%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">25533412 00000000</td> <td style="width: 33%;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">35533411</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	25533412 00000000	G		21433552 00000000			35533411	B		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	25533412 00000000	G															
	21433552 00000000																
	35533411	B															
	11433553																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hajar MEHDI

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant  
et de l'adolescent

Addictologie

Psychothérapie



الدكتورة هاجر مهدي

اختصاصية في الأمراض النفسية  
والعصبية

الطب النفسي للطفل والمرأة

طب الإدمان

العلاج بالجلسات

## Ordonnance

Le Mercredi 27/1/21

- N° Zoubida BOUZIANE -

179,00  
~~179,00~~

LOT 0003371  
EXP 05/23  
PPV 179DH00

LOT 0003371  
EXP 05/23  
PPV 179DH00

Velaxor CP 75mg

2 gélules / matin

~~PHARMACEUTIQUE SARL  
N°6001 LOT 0003371  
AIN CHAOUI 2000 AL QODS  
TEL:05.22.50.49.20  
05.22.50.49.20  
105.22.21.02.13~~

Taraxet 25mg

1/4 à 1/2 cp/jour

358,00

Q.S.P. 01 mois et demi

Rendez-vous le 09/03/2021 à 11h30

Dr. HAJAR MEHDI  
Psychiatre - Pédiopsychiatre  
11, Bd Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie"  
4ème étage, n°31, Casablanca  
0522.50.49.20 - 06.14.90.44.30

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

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

4ème étage , n°31, Casablanca

© 06.14.90.44.30 - 05.22.50.49.20

✉ dr.hajar.mehdi@gmail.com