

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.

N° W21-657964

93357

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0738	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAABAOUI AZIZIA
Nom & Prénom : CHAABAOUI AZIZIA		Date de naissance : 08-04-74	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Pr. Soumia BERRADA Psychiatre - Psychothérapeute 294, Bd. Yacoub Mansour Résidence Espace Arfa 2ème étage App 7 Tel: 05 22 94 59 59 </div>			
Date de consultation : 02/11/21			
Nom et prénom du malade : CHAABAOUI AZIZIA			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : SD DEPRES			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/11/21

VOLET ADHÉRENT

Déni

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
2.11.21	psy		500 dh	INP : 091035519 Pr. Soumia BERRADA Psychiatre - Psychothérapeute 294, Bd Yacoub Mansour Résidence Essaouira Anfa 2ème étage 402 Tél : 05 22 41 50 59

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DES STADES 50, Rue AJ Boust - Casablanca T: 0225 49 25 RC: 02433 P: 3587367 IF: 10436642	02/11/2021	128,90 Dh

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

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

VOLET AD
re de tous



Addictologue - Sexologue
Ex. Interne des Hôpitaux de Paris
Ex. Pr. à la faculté de Médecine de Casablanca
Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie
CHU Ibn Rochd, Casablanca
Thérapie Cognitive et Comportementale
Thérapie de Couple
Affirmation de Soi
Gestion de Stress

اختصاصية في الأمراض النفسانية
العصبية والإدمان والصعوبات الجنسية
طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً
أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً
رئيسة مصلحة مرکز الإدمان بالمستشفى
الجامعي ابن رشد سابقاً

Casablanca, le : 02/11/2021

ن = Chabani Agg

Panekel 91

128,900h. 1/2 h y - tui drol 1/2

pis 1/2 y - y - 1/2 drol

mis

Pr. Soumia BERRADA
Psychiatre - Psychothérapeute
294, Bd. Yacoub Mansour

Résidence Espace Anfa 2ème étage ACC

إقامة فضاء بفقا الثاني - رقم 7 ، 294 شارع يعقوب المنصور - الدار البيضاء
Résidence Espace Anfa - 2ème Étage - Appt 7 , 294 Boulevard Yacoub El Mansour - Casablanca

الهاتف: 05 22 94 59 59

بانيكال® 20 ملجم

باروكسيتلين
عن طريق الفم

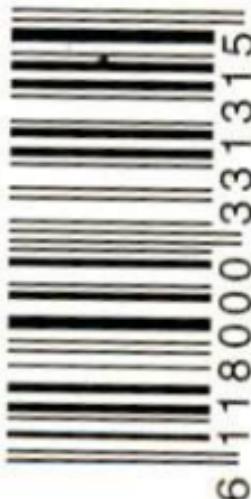


فرا
30

Panekal® 20 mg

Paroxétine

30 Comprimés Pelliculés



Zenith pharma

128,90

