

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 061428

Optique *agudo* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *7612*

Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Aznidi Hamed*

01/01/1959

Date de naissance :

Adresse : *Lot Itaj Faleha n° 8 ouffa Casab*

Tél. : *0674 88 12 14* Total des frais engagés : *660,70* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. REDA Anouar
Psychiatre et Psychothérapeute
75, Rue Abou Alaa Zahar, Quartier des Hôpitaux
Tél : 0522 86 04 65 / Gsm : 0661 26 60 58

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *Aznidi Hajar* Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Depression

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 : *Carac*

Le : *11/11/2021*

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/12/21	CS		400,00	DR. REDA ALAA ZAHAR Psychiatre et Psychothérapeute 75, Rue Abou Alaa Zahar, Qdartier des Hôpitaux Tél : 0522 86 04 65 / Gsm : 0661 26 60 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHARLES L'EXTENSION 24 Rue Charles de Gaulle xtension - CASABLANCA Tél: 03 22 03 48 40	11/12/22	260,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	Determination du coefficient masticatoire			
	H 25533412 00000000 ----- D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 ----- B 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr A. REDA

Psychiatre

- Psychothérapeute
- Sexologue
- Addictologue
- Psychogériatre



د. أ. رضا

طبيب نفسي

• معالج نفسي، العلاج المعرفي السلوكي

• أخصائي في علم الجنس

• أخصائي في علاج الإدمان

• أخصائي في الطب النفسي للمسنين

Ordonnance

Casablanca le,

11/10/2024

Mr. J. Azamidi

VISION

126⁰⁰



1) Citalopram 10 mg

1/2 - 0 - 0

1 - 0 - 0

Importé par:
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Inde

PPV: 126 DH 00

35,30

2) Alprazolam 0,1 mg

35,30

3) Alcohol 40% 100 ml



4 026466 060217

PPC: 99DH00

Dr. REDA Anouar
Psychiatre et Psychothérapeute
Zahar, Quartier des Hôpitaux
Tél : 0522 86 04 65 - GSM : 0661 266 058 - E-mail : redamonpsychiatre@gmail.com

Site web : www.monpsychiatre.ma

75, زنقة أبو عاصي 1-1 - زنقة فيزال سابقا، الطابق 5، رقم 5، حي المعتاشيفيات - الدارالبيضاء

75, Rue A. Zähār, Ex Rue Vesale 5^{eme} Etage N°5, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél : 0522 86 04 65 - GSM : 0661 266 058 - E-mail : redamonpsychiatre@gmail.com