

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-770004

✓ 4679

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 9937 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

FARIS LOUBNA .

Date de naissance :

08/01/1965

Adresse :

74 les villas Anfa 3

Tél. 0661165506 Total des frais engagés :

613,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Medecin Specialiste en Psychiatrie

Bd Abou Bakr El Kadir Résidence Naïm
imm 7 Appt. 2 • 1er Etage Sidi Maârouf

Date de consultation :

21/03/2023

Nom et prénom du malade :

FARIS LOUBNA .

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection psychotique

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le paiement des Actes
21/03/2013 CNP-5			#350DH#	INP : 11/03/2013 ABOUDOU ET ASSOCIES Apr. 2 10 Stage 17/03/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AQUA PARC MEDKOURI CHADLY Ghiriane Dar Bouazzza 14 Douar Laharia 05 22 29 00 11	21/03/23	263,10

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000		35533411		B		11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000																			
	35533411																			
	B																			
	11433553																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Anwar M'hamed Yassine

Médecin Spécialiste en psychiatrie

Diplômé en thérapies cognitives et comportementales

Diplômé en addictologie

Ancien médecin interne en France



الدكتور أنوار لمحمد ياسين

طبيب إختصاصي في الأمراض النفسية

أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي

أخصائي في طب الإدمان

نساء سابق

Medecin Spécialiste en Psychiatrie
3d Abou Bakr El Kadiri Résidence Naim
Imm. 7 Appt. 2 1er Etage Sidi Maarouf
Casablanca, Maroc 27790
Tél. : 05.22.78.48.36

ORDONNANCE

Casablanca, le 21/03/2023

6 118001 184989

Maphar
Ba Alikima N° 6, QL,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

S.V

2740 N°1

PHARMACEAQUA PARC
MEDKOUSSI
CHAMPI CHAMPI
Dar Bouazza 1A Douar Lahdim
Tél 05 22 29 00 11

2741 N°1

UT. AV: 12 2024

P.P.V

LOT N°: FW0 81

23 10

① Seroplex 10 mg
1 cp pour le matin

S.V

Traitement d'un mois
23,10
② Lysanxie 10 mg
1 cp pour le soir

263,10

Medecin Spécialiste en Psychiatrie
3d Abou Bakr El Kadiri Résidence Naim
Imm. 7 Appt. 2 1er Etage Sidi Maarouf
Casablanca, Maroc 27790
Tél. : 05.22.78.48.36

شارع أبو بكر القادي، إقامة النعيم، عمارة 7، الشقة 2، 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