

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-791613

Maladie ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres** ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9113**

Matricule : **9113** Société : **D.A.M**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **68027**

Nom & Prénom : **ELZAHAF YOUSSEF**

Date de naissance : **08-10-03-20-40**

Adresse : **511, Bd. Al Qods Rés. Jardins Al Qods Californie, 4ème étage, N°31 - Casablanca 2522-50-59-20 / 0614 90 44 00**

Tél. : **0610-03-20-40** Total des frais engagés : **502,00** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. Hajar MEHDI
Cadre réservé au Médecin : **Psychiatre - Pédiopsychiatre Psychothérapeute**

Cachet du médecin : **511, Bd. Al Qods Rés. Jardins Al Qods Californie, 4ème étage, N°31 - Casablanca 2522-50-59-20 / 0614 90 44 00**

Date de consultation : **25 AVR. 2023**

Nom et prénom du malade : **Bouziane Zoubida** Age : **12 ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Trouble 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) : **[Signature]**

Le : **12/06/2023**

ET ADHERENT

RELEVÉ 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
25/4/2023	CNT/PT		320,21	Dr. Hajer V. Psychiatre Psychiatre - Pédopsychiatre Psychiatre - Psychothérapeute 11, Bd. des ds, Rés. Jardins Californie N°31 - Casablanca 30-19-20 / 0614-90-44-30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie L'EXTENSION 24 Rue de l'Indépendance Casablanca Tél: 05 22 93 48 40	25/4/23	202,00
	25/4/23	101,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

LE 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

إختصاصية في الأمراض النفسية
والعصبية

الطب النفسي للطفل و المراهق

طب الإدمان

العلاج بالجلسات

Ordonnance

Le Nord 25/4/23

LOT 1206836
EXP 07/25
PPV 101DH00

LOT 1204974
EXP 05/25
PPV 101DH00

me Zoubida BOZZIANE

10/100 10/100 x2
Velaxo LP 75mg
1 gélule / matin N° 1663 10 Boites
Date: 23.05.23

PHARMACIE L'EXTENSION

Date: 23.05.23

N° 1663 10 Boites

10/100 10/100 x2
Velaxo LP 37,5mg
1 gélule / matin N° 1881 10 Boites
Date: 28.06.23
x 10 jours

PHARMACIE L'EXTENSION

Date: 28.06.23

N° 1881 10 Boites

AFRIC-PHAR
LOT EXP
1108589 04/2024
PPV : 101DH00

Quantité Suffisante Pour :

Rendez-vous le

03/08/2023

511, شارع القدس, إقامة "حدائق القدس كاليفورنيا", الطابق 4, رقم 31, الدار البيضاء

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

4ème étage, n° 31, Casablanca

☎ 05.22.50.49.20 - 06.14.90.44.30

✉ dr.hajar.mehdi@gmail.com

Dr. Hajar MEHDI
Psychiatre - Pédopsychiatre
Psychothérapeute
511, Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie"
4ème étage, n° 31 - Casablanca
☎ 05.22.50.49.20 - 06.14.90.44.30