

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 : adhésion@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° W21-807491

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Au
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1846</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>175867</u>
Nom & Prénom : <u>EL YAAIAOUR MOHAMED</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1948</u>			
Adresse : <u>2, Rue TAHANAOUTÉ - HAY ESSALAM CASA</u>			
Tél. : <u>06.61.14.16.37</u>	Total des frais engagés : <u>1414,50 Dh</u>		
Centre Psychiatrique Zerkouni Dr Khalid EL ALJ 70, Bd Zerkouni, Appt 8 - Casablanca Tél: 0522 22 23 31 - 0522 47 25 85 - 06 70 80 00 80			
Date de consultation : <u>5/3/23</u> , <u>El Yacoubi</u> rt est			
Nom et prénom du malade : <u>El Yacoubi</u> rt est			
Age: <u>75</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection neurologique</u>			
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 : <u>CASABLANCA</u> Le : <u>5/03/2023</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Code du Pharmacien du Gépharmisseur	Date	Montant de la Facture
CHAMCEARAUARIA 423 Rue d'Ifsbranca - Tel. 05 33 96 66 66	05/08/23	9145,00

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 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													
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				INP : <input type="text"/>									
				Coefficient des travaux <input type="text"/>									
				Montants des soins <input type="text"/>									
				Début d'exécution <input type="text"/>									
				Fin d'exécution <input type="text"/>									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
		Coefficient des travaux <input type="text"/>											
		Montants des soins <input type="text"/>											
		Date du devis <input type="text"/>											
		Date de l'exécution <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Fluoxet® 20 mg
60 gélules



LOT 230024 1
EXP 12 2025
PPV 297.00


Centre Psychiatrique
Zerkouni

المركز النفسي الزقطوني
Enfants - Adolescent - Adultes

Casablanca le :
05/09/2023

Fluoxet® 20 mg
60 gélules



LOT 230825 1
EXP 02 2026
PPV 297.00

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI :

- 28700
X 3
9350
- 1 - FLUOXET 20 MG. GELULES :
2 gélules après le premier repas
 - 2 - URBANYL 10 MG. CMP. :
1/4 cmp. le soir

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

R.V. LE : mardi 05 décembre 2023 à 15 heures.

URBANYL 10 MG
CP SEC B30
P.P.V : 230H50
PER.:10 2025
LOT : ZE0007N
6 118000 061748

Centre Psychiatrique Zerkouni
Dr Khalil EL ALJ
70, Bd Zerkouni, Appt 8 - Casablanca
Tél: 0522 22 33 31 - 0522 47 25 85 - 06 70 80 00 80

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham Tali, pharmacien
Casablanca - Tel: 05 22 36 13 03
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L

Centre.psychiatrique.
zerkouni@gmail.com

70, Bd Zerkouni
étage 3 app 8
Casablanca

Tél : 0522 222 331
0522 472 585



IF - 53720714
ICE - 003251882000094