

## 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 |

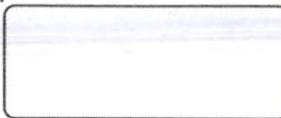
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Nº W21-714958

181817

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	R.A.M.
Nom & Prénom : MARIGHOU			
Date de naissance : 30.06.1950			
Adresse : 100 ALLAAZARIAH NE 126			
Tél. : 06 06 80 06 71 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	08 NOV 2023		
Nom et prénom du malade :	MACHACHE		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 Le : 08.11.2023

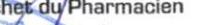
Signature de l'adhérent(e) :



## **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
.....	.....	.....	.....	INP : ..... / .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

* Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/2023	2899,40

#### 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
		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 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"/>					
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p><b>H</b></p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p><b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b></p> <p><b>B</b> <input type="text"/></p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
25533412	21433552								
00000000	00000000								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Professeur EL HAMAOUI Youssef**  
**Psychiatre - Psychotérapeute**



**الدكتور الحماوي يوسف**  
**طبيب نفسي**

Ancien Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Casablanca  
 Ancien Médecin Responsable du service des Urgences Psychiatriques  
 au CHU Ibn Rochd

Ancien Psychiatre des hôpitaux de Lyon ,France  
 Hypnose Médicale  
 Thérapie Interpersonnelle  
 Thérapie Cognitive et Comportementale

أستاذ سابق للطب النفسي بكلية الدار البيضاء  
 طبيب سابق مسؤول بمحضنة المستعجلات  
 النفسية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
 طبيب نفسي سابق بمستشفى لورن بفرنسا  
 التهوية المخاطيسي الطبي  
 العلاج النفسي بين شخصين  
 العلاج السلوكي المعرفي  
 بالميدان

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Teralithe 250 mg, B100 cp  
 P.P.V : 67,60 DH

6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Teralithe 250 mg, B100 cp  
 P.P.V : 67,60 DH

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Teralithe 250 mg, B100 cp  
 P.P.V : 67,60 DH

6 118000 060895

rendez-vous

Casablanca le..... 16 JUIN 2023

الدار البيضاء

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 239,00 DH

6 118001 140800

227, Bd. Ghandi, 2<sup>me</sup> étage, N°3 - Casablanca

Tél.: 05 22 99 47 27 - 06 00 08 00 52 - 07 00 02 98 77 - Fax : 0

E-mail : elhamoui@gmail.com - Site Web : www.coinpsy.ma - Facebook : www

FONDUIS Antibiotiques  
 N° 119 Lycée des Techniques Marocaine  
 Tel: 0522 33 11 11 Casablanca

PHARMACEUTIQUE IBN TAIMIA

08/01/2023



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : MACHIGHAÏL Salah

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

1487

Lot. AL ADRASSA n° 126. Sidi Daoud Casablanca

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 09.10.35543

Certifie que Mlle, Mme, M. : Machighail Salah

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  À vie



Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Trouble bipolaire.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Teralith + benzodiazépines

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 08/11/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 88-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

