

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 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.



Déclaration de Maladie

M23-0021576

184685

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Rholam Rita
Date de naissance : 01 07 1974
Adresse : Terrasses de Boukoura Imm 10 apt 1
ville verte
Tél : 066 133 42 17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Hajar MEHDI
Psychiatre - Pédiopsychiatre
Psychothérapeute
511, Bd. Al Qods, Rés. Jardins Al Qods California
4ème Etage, N°21 - Casablanca
0522 69 48 20 69 614 90 44 30
Date de consultation : 26 09 2023
Nom et prénom du malade : RHOULAM Rita Age : 49
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Trouble anxieux
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 26 / 09 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : RA

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.

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
26/09/2023	ONPSY	3000		Dr. MEHDI Psychiatre - Pédopsychiatre 4ème étage, N°31 - Casablanca 0522-50-49-20 / 0614-90-44-30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie l'opéra MOULNAKHLA PHARMA Tél : 05 22 59 03 97 / 06 66 74 74 62	26/09/2023	659,40

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	

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																						
				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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS																						
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS																						
		DATE DE L'EXECUTION																							

VISA ET CACHET DU 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 Radi 26/9/23

Rita RYOLAN

218,00

10/ Britellix 5mg

336,00 1 cp/ mati x 6 jrs puis remplacer par:

Britellix 10mg = 1 cp mati

27,00 x 2
Alixar 5mg

1 gélule / Soir
35,70 x 2

Alprax 2,5mg

$\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - 1 x 7

$\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ x 7

$\frac{1}{2}$ - 0 - $\frac{1}{2}$ x 7

$\frac{1}{2}$ cp Soir x 7 puis

1/4 cp Soir x 2

T=659,40

Quantité Suffisante Pour : 06 mois

Rendez-vous le 21/10/2023 à 14h30

511, Bd. Al Qods, إقامة "حائق 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

Maphar
Bd Alkima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRINTELLIX 10 MG CP PELL
B28

P.P.V : 316,00 DH

6 113001 184835

Maphar
Bd Alkima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRINTELLIX 5MG CP PELL
B28

P.P.V : 218,00 DH

6 113001 184828

pharmacie
Moulmaïla Pharma
0522 59 08 47 / 06 86 74 74 62

Dr. Hajar MEHDI
Psychiatre - Pédiopsychiatre
511, Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie"
4ème étage, N° 31, Casablanca
0522-50-49-20 / 0614-90-44-30

27,00

LOT: 09923026
PER: 01/2026
PPV: 27.00 DH

LOT 230810 1

EXP 02 2026

PPV 35.70

LOT 230957 1

EXP 03 2026

PPV 35.70

LOT: 09923013

PER: 03/2028

PPV: 27.00 DH