

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



195811

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031230

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3082 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HATTAB ELIBRAHIM Fatima

Date de naissance : 30/11/60

Adresse :

Tél. : 0663137209

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 DEC. 2023

Nom et prénom du malade : EL HATTAB ELIBRAHIM Fatima Age :

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

Nature de la maladie : psychiatrie

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

7 DEC. 2023	CNPSY	400,00 ch	
-------------	-------	-----------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Poussiéreur	Date 07/12/23
	Montant de la Facture 203,10

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

07/12/23

203, A.O

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

· Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

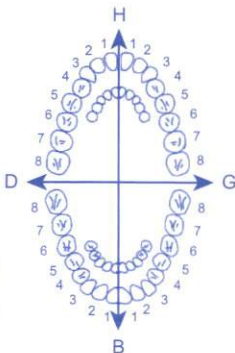
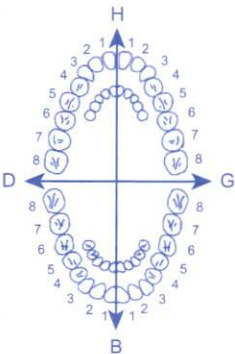
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553 B
	H 25533412 21433552 00000000 00000000								
	D	G							
	00000000 00000000 35533411 11433553 B								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					

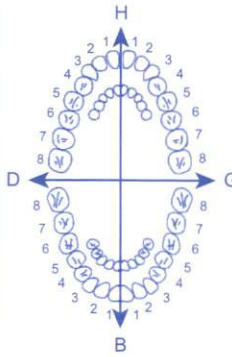
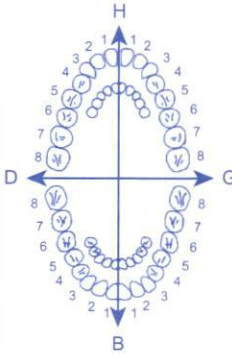
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> 00000000 11433553 B </div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Dr Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

د. مهدي طاهري جوتي حسني

Psychiatre
Addictologue
Psychothérapeute
Sexologue



أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية
أخصائي في علاج الإدمان
معالج نفسي - العلاج المعرفي السلوكي
أخصائي في علم الجنس

CENTRE STENDHAL

مركز ستندال

A Casablanca le, 07/12/2023

E/BATTAB EL IBRAHIMI FATIHA

Cilentrone (1 Boite) N° 20408
7/12/23

126,00 1/2 litre x 4 jours

S.V.

01 litre

2/ Libr ad. (2 boites)

N° 20409
7/12/23

21,00 x 2 = 42 - 00 - 01 x 22 jours

puis 00 - 00 - 01

3/ Alprazolam (1 Boite)

N° 20410
7/12/23

35,70 1/2 litre x 10 jours
puis 1/4 litre x 10 jours puis Arrêt

Quantité suffisante pour :

Prochain Rendez-vous :

01 mois

05/01/2024

Le C47, Angle Av Stendhal et Bd Anoual 5^{ème} Étage, Station Tram Riviera, Casablanca.

Tél: 05.22.82.82.03 / 06.69.90.50.01 dr.mehdi.tahiri@gmail.com

LOT 230958
EXP 03 2016
PPV 35.79

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

5. COMMENT CONSERVER ALPRAZ,
comprimé sécable ?

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CCO LLO
alevard Foudani,
aroc

PPV: 126 DH 00

RIES LIMITED

Excipients : Lactose monohydraté, amidon,
la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



118000 280019

LOT: 23167 PER: 08/2026
PPV: 21.00 DH

Durée de prescription limitée à 14 jours

La dernière date à laquelle cette notice
a été révisée : avril 2012.

سوطيما
Sothema

Titulaire de l'AMM/Fabricant
Laboratoires **SOTHEMA**
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

ADIR - N13612B00