

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 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 une fois par an.

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.

198072

M23- N° 0034281

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
 Matricole : 0912 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAHIA BENABD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 86 32 1809 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sakina YAALAOUI
 Psychiatre - Psychothérapeute
 Tél.: 05 22 25 82 86 / 06 94 41 71 72
 05 22 25 82 86 / 06 94 41 71 72
 INPE : 91048744

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2014

Nom et prénom du malade : Bernadid Zahid Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Trouble de sommeil

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

M23- N° 0034281

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricole :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
26/02/2014	CN	1	600 DH	Dr. Sakina YAHIA Signature : 001895014/0000144 Date : 22-02-2014 Signature : 91048744
02/03/2014				
26/02/2014				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE HADJ TAZ Dr. TAZI MONA Rue Imam Kastalani, Habou sablanca. Tel 05 22 38 53 85	21/02/24	378,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

ESPACE

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000	D 35533411	G 11433553		Montants des soins
B 00000000				Date du devis
				Date de l'exécution
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				

Dr. Sakina YAALAOUI

Psychiatre, Psychothérapeute

Enfants Adolescents & Adultes



الدكتورة سكينة يعلاوي

طبيبة الأعصاب و معالجة نفسانية

الطب النفسي للأطفال و الكبار

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca le : 24/02/24 الدار البيضاء في :

M² Zahidy Boudrid

224,00

2/ Lamichal 100 -



~~5,90 2350~~

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

puis 0 - 0 - 1 x 2 J

puis $\frac{1}{2}$ - 0 - 1 x 2 J

puis 1 - 0 - 1 è suiv.

2/ Olympia 10mg

PHARMACIE HADJ TAZI
Dr. TAZI MONA
101, Rue Imam Kastalan Hadj
Casablanca Tel : 05 22 30 53 88

154,80 0 - 0 - 1



~~5,90 2350~~

3/ Esperol 100 -

378,80 0 - 0 - $\frac{1}{2}$ à 1/4 p è 2 J R

4/ d 15 J

RDV le 09/03/24

Dr. Sakina YAALAOUI
Psychiatre - Psychothérapeute
Tel: 05 22 35 86 06 / 05 22 41 72
ICE : 001896874000014
INPE : 91048744

Lamictal 100 mg

comprimé dispersible
ou à croquer

Camotrigine

voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV:224,00 DH



6 118001 140800

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

05 2026
06 2023
8LYT

EXP
Manf
LOT

114632



