

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

N° W21-704173

198049

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

0738

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DERMOUNI ZOHRA

Date de naissance :

01/01/1945

Adresse :

402 Bd Zerktouni - Casablanca

Tél. : 066 121 54 87

Total des frais engagés : ₦ 1721.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Hassan IBNOUAI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
76, Bd. Abdelmoumen  
Casablanca Tél. : 05 22 99 00 20  
INPL 091077198

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14-02-2004

Nom et prénom du malade :

DERMOUNI ZOHRA

Age :

Lui-même

Joint

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 : 23/02/2004

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ANNU

## **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
14/02/24	C.N. Psy.		400.-	INP : 091077198
				Dr. Hassan IRNQUALI Psychiatre - Psychothérapeute 76, Bd. Abdelmoumen Casablanca Tel : 05 22 99 00 20
				INPE : 091077198

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.02.2024	1321,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B	G																		
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# عيادة للطب النفسي و العلاجات النفسية

Cabinet de Psychiatrie et de Psychothérapie

Dr. Hassan Ibnouali

الدكتور حسن ابن علي

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

Ex. Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris

Ex. Chef de Clinique en Suisse : sanofi-aventis Maroc

Difficultés neuro-psychologiques et

Hypnose Ericksonienne

Programmation Neuro-Linguistique

Thérapie Cognitivo-Comportementale

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 -

Aïn Sébaâ 20250 - Casablanca

DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30

P.P.V. : 113DH30



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 -

Aïn Sébaâ 20250 - Casablanca

DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30

P.P.V. : 113DH30



6 118 001 081073

Praticien E.M.D.R Europe

Casablanca, le ...14...02...2024

Dermouni Zohra



113.30 x 2 Dépakine chr 500: 1cp matin et soir

870.00 Aéroquel 300: 1cp le soir

33.40 Alpraz 20,5: 1cp le soir

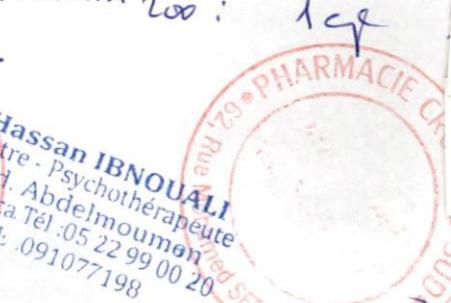
Laroxyl 25: 1cp le

191.00 Amian 200: 1cp

SYNTHEMEDIC  
22 rue soukhou al ouam rachid  
noires casablanca  
SERQUEL  
300mg  
Boîte de 60  
27146 DMP/21/NSF P.P.V: 870.00 DH  
6 118 001 021921

LOT 232917 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DH

PPV: 191,00 DH



Durée du traitement ..... معة العلاج ..... : 1321100

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence La Koutoubia - Casablanca 20100

Tél. : 05 22 99 00 20 - E-mail : dribnouali@gmail.com