

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 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 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-600782

15 2454

Com

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKACH Med NAJIB

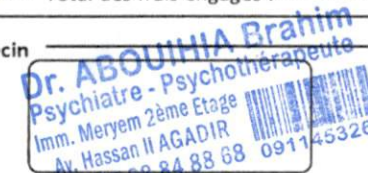
Date de naissance : 02/06/1953

Adresse : Bld B8 Rue N24 MAISON N299 CITE DAKHIA AGADIR

Tél. : 0661323124 Total des frais engagés : 339,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/02/2023

Nom et prénom du malade : DAKACH Med NAJIB Age : 70 ans

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

Nature de la maladie : Tr. anxieux

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 : AGADIR Le : 02/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-600782

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).

Matricule : 1853

Nom de l'adhérent(e) : DAKACH

Total des frais engagés : 339,80

Date de dépôt :

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
21/02	CONS		300	INP : 69,41 45 326 Dr. ABOUHIA Brahim Psychiatre - Psychothérapeute Imm. Meryem 2ème Etage CHACADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/23	39,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

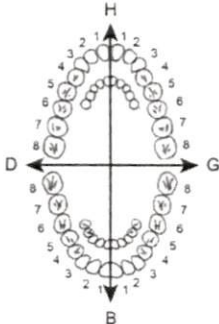
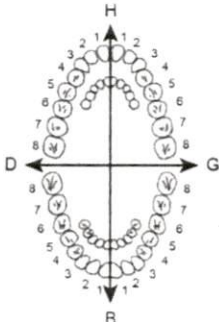
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP :														
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			-															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Laroxyl®

Amitriptyline

ABOUIHIA

neute

comportementale
oléscents



الدكتور ابراهيم ابواحيا

- اختصاصي في الطب و العلاج النفسي
- طب الادمان
- العلاج السلوكي المعرفي
- كبار - أطفال - مراهقين

PPV: 39DH80
PER: 09/25
LOT: L2831

24/02/23

Ordonnance

M^r Dakach Mohammed

Najib

n° 3843

39.80 Laroxyl

goutte

10 goutte à 12 goutte

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSEHRI
61, Av. Al Mansour Eddahbi - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

Dr. ABOUIHIA Brahim
Psychiatre - Psychothérapeute
Imm. Meryem 2ème Etage
Av. Hassan II AGADIR
Tél: 05 28 84 88 68 091143326

Durée :

Un mois

Prochain Rendez-vous

24/03/23

- Psychiatre Psychothérapeute
- Addictologie clinique
- Thérapie cognitive et comportementale
- Adultes - Enfants - Adolescents



- اختصاصي في الطب و العلاج النفسي
- طب الادمان
- العلاج السلوكي المعرفي
- كبار - أطفال - مرافقين

Note d'Honoraires

24 02 23
le / /

Je soussigné, **Docteur ABOUIHIA Brahim**

Présente à M / Mme :

Dakach Mohamed
Najla

Sa note d'Honoraires s'élevant à la somme de

300,00 # Trois Cent Dirhams

Pour l'acte : **Consultation spécialisé et entretien psychothérapeutique**

Dr. ABOUIHIA Brahim
Psychiatre - Psychothérapeute
Mme. Meryem 2ème étage
Av. Hassan II AGADIR
Tél.: 05 28 84 88 68 091145326