

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 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° W19-488281

NP = 21893

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
6847

Société : **RAM**

Actif Pensionnée(e) Autre

Nom & Prénom : **BAHAFID YOUSSEF**

Date de naissance : **01/01/1965**

Adresse : **Rebituelle**

Tél. : **0668172490** Total des frais engagés : **1388,50 Dhs**
1322,50

Dr. ANWAR M'hamed Yassine

Cadre réservé au Médecin
Spécialiste en Psychiatrie
Médecin Bd. Abou Bakr El Kadir Résidence Naim
Imm. 7 Appt. 2 - 1er Etage Sidi Maârouf
Casablanca - Tél. 05 22 78 48 36

Date de consultation : **25/01/2020**

Nom et prénom du malade : **BADOU KHADIJA** Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection psychotique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **TRUFEN 2020**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : **casab** Le : **25/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Khadija**

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 25/10/12 | 1022.50 |
| | Dr. BAIKOUNI Azziz | |
| | Lai. Bandaoui Sidi Maâroufi | |
| | CASABLANCA | |

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

| 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">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></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | <hr/> | | | D | 00000000 | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | | | <hr/> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Anwar M'hamed Yassine
Médecin Spécialiste en psychiatrie
Diplômé en thérapies cognitives et comportementales
Diplôme en addictologie
Ancien médecin interne en France
Ex-chef de service de psychiatrie à Laayoune



الدكتور أنوار سالم ياسين
طبيب اختصاصي في الأمراض النفسية
أخصائي في العلاج السلوكي والمعنوي
أخصائي في طب الإدمان
طبيب داخلي في فرنسا سابقاً
رئيس مصلحة الأمراض النفسية بالعيون سابقاً

ORDONNANCE

Casablanca, le

25/01/2020

LOT: 023
PER: JAN 2022
PPV: 320 DH 00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 100mg, cp séc B 30
P.P.V : 139,60 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 100mg, cp séc B 30
P.P.V : 139,60 DH

6 116001 08176

ع أبو بكر القادري، إقامة النعيم، عمارة 7، الشقة 2، الطابق الأول، سيدى معروف، الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm.7, Appt.2, 1er étage, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 0522.78.48.36 - GSM : 06.53.85.08.24 - E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com