

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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-531739

35334

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3528

Société :

R - A - M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

OJARCH HABIBA

Date de naissance :

5/11/1968

Adresse :

51 Rue EL KHOUZAM ETG 2 AP 6
BEAUSSEJOUR CASABLANCA

Tél. :

0663497193

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sakina YAALAOUI
Psychiatre Psychothérapeute
Tél 0522 25 82 86 / Urg: 06 69 90 39 65
ICE : 001896874000014
INPE : 91048744

Cachet du médecin :

Date de consultation :

27/06/2020

Nom et prénom du malade :

El Khouan Rouiq

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Tb pulmonaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le : 27/07/2020

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
27/06/20	Seance de Psy		600 DHS	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Pharmasien	Date	Montant de la Facture
	27/06/2020	978.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		AM	PC	IM	IV	

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'OOF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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 prothèse																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr . Sakina YAALAOUI
Psychiatre , Psychothérapeute
Enfants Adolescents & Adultes



الدكتورة سكيانة يعلاوي
طبيبة و معالجة نفسانية
الطب النفسي للأطفال و الكبار

Casablanca le : 27/06/2020 : الدار البيضاء في

Mlle El Khiam Rania

167,40x4

1/ Medizopone 5mg

4 — 1 — 2

154,30x2

2/ Scitop 10

4 — 0 — 1

978,20

tt de 0-3 mois

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
 Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
 213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
 Tél: 0522 36 75 51

Dr. Sakina YAALAOUI
 Psychiatre Psychothérapeute
 Tél: 0522 25 82 86 / Ulp: 06 69 90 39 05
 ICE : 001886974000014
 INPE: 91048744

MEDIZAPIN[®] 5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT: 028
PER: JUL 2022
PPV: 167 DH 40



MEDIZAPIN[®] 5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT: 028
PER: JUL 2022
PPV: 167 DH 40



MEDIZAPIN[®] 5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT: 028
PER: JUL 2022
PPV: 167 DH 40



MEDIZAPIN[®] 5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT: 028
PER: JUL 2022
PPV: 167 DH 40



S-CITAP[®] 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT: KE90072
PER: AUT 2021
PPV: 154 DH 30



INDICATIONS ET F
former à la

S-CITAP[®] 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT: KE90072
PER: AUT 2021
PPV: 154 DH 30



INDICATIONS ET F
former à la