

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

- 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.

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° W19-545047

40805

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : +304		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAHIDI ELWAZZANI Abdelelah			
Date de naissance : 06 10 1963			
Adresse :			
Tél. : 0663660060		Total des frais engagés : 167,20 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI med. Psychiatre - Psychotérapeute Sexologue - Addictologue Angle Av 2 Mars et Bd El La Perla 2ème étage N 10 - Casab 05 22 82 82 03 - 06 87 90 87 87			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04 SEP. 2020			
Nom et prénom du malade :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint : ABID Fakir			
Age : 21 SEP. 2020 ant.			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : psychiatrie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants : Fait à : CASAB			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements suivants : Fait à : CASAB Signature de l'adhérent(e) : TAHIRI JOUTEI HASSANI			
Signature de l'adhérent(e) : TAHIRI JOUTEI HASSANI			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements suivants :
Fait à : **CASAB** Signature de l'adhérent(e) : **TAHIRI JOUTEI HASSANI**

Signature de l'adhérent(e) : **TAHIRI JOUTEI HASSANI**

Signature de l'adhérent(e) : **TAHIRI JOUTEI HASSANI**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Pharmacien attestant le Participe à l'acte
4 SEP. 2020	CNPSY		gratuit	MR. TAHRI JOUTI HASSAN Mehdi Psychiatre - Psychotérapeute Sexologue - Addictologue Angle AV 2 Mars et Bd S Boulevard de la Gare N° 10 - Casablanca Tél. 02 22 82 03 - 06 87 90 87 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien ou du dentiste	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BACHOU Tél. 02 22 83 35 88 AMRIT OUALID 1er étage pharmacie	04/09/2020	507.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

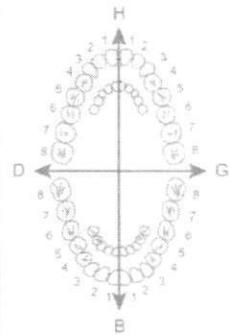
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	



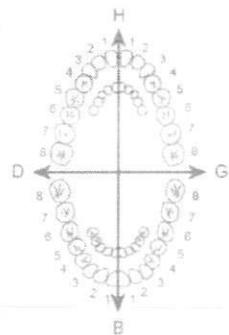
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

26 * 0.65 = 16.90

2550011111433550
00000000 00000000
00000000 00000000
35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

د. مهدي طاهري جوطي حسني

Psychiatre

Psychothérapeute

Sexologue

Addictologue



أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية
معالج نفسي - العلاج المعرفي السلوكي

أخصائي في علم الجنس

أخصائي في علاج الإدمان

Casablanca, le

04/09/2020

Mme Abid Fatiha.

507.20 126.80x4.
1/ Zoloft 50mg.

02 Amath's 2022

S.V.



Hde OImoij.

DR le 06/11/2020

TAHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi
Psychiatre - Psychothérapeute
Sexologue - Addictologue
Angle Avenue 2 Mars et Bd El Fida
La Perla 2ème étage N°10 - Casablanca
05.22.82.82.03 - 06.87.90.87.87

Prochain Rendez-vous

Date : 06/11/20

Heure : 10:15

ZOLOFT * 50 mg



UT . AV : 0 2 2 5

P.P.V

1 2 6 8 0

COMPLI

Gélule
Sertraline

LOT N° : 1 2 8 7 6 4 3

de 30 Boîte de 60
10 mg 3000 mg

INDICA
Chez l'

- Ep
- Pr
- Trou

Chez l'ea
• Trouble

trouble unipolaire.

126,80

CONTRE INDICATIONS

Zoloft* est contre indiqué chez les patients ayant présenté une hypersensibilité au médicament.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline sera dès lors administrée avec prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft*, et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft*, vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.

ZOLOFT * 50 mg



UT . AV : 0 2 2 5

P.P.V

1 2 6 8 0

COMPLI

Gélule
Sertraline

LOT N° : 1 2 8 7 6 4 3

de 30 Boîte de 60
10 mg 3000 mg

INDICA
Chez l'

- Ep
- Pr
- Trou

Chez l'ea
• Trouble

trouble unipolaire.

126,80

CONTRE INDICATIONS

Zoloft* est contre indiqué chez les patients ayant présenté une hypersensibilité au médicament.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline sera dès lors administrée avec prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft*, et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft*, vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.

ZOLOFT * 50 mg



UT . AV : 0 2 2 5

P.P.V

1 2 6 8 0

COMPLI

Gélule
Sertraline

LOT N° : 1 2 8 7 6 4 3

de 30 Boîte de 60
10 mg 3000 mg

INDICA
Chez l'

- Ep
- Pr
- Trou

Chez l'ea
• Trouble

trouble unipolaire.

126,80

CONTRE INDICATIONS

Zoloft* est contre indiqué chez les patients ayant présenté une hypersensibilité au médicament.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline sera dès lors administrée avec prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft*, et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft*, vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.

ZOLOFT * 50 mg



UT . AV : 0 2 2 5

P.P.V

1 2 6 8 0

COMPLI

Gélule
Sertraline

LOT N° : 1 2 8 7 6 4 3

de 30 Boîte de 60
10 mg 3000 mg

INDICA
Chez l'

- Ep
- Pr
- Trou

Chez l'ea
• Trouble

trouble unipolaire.

126,80

CONTRE INDICATIONS

Zoloft* est contre indiqué chez les patients ayant présenté une hypersensibilité au médicament.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline sera dès lors administrée avec prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft*, et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft*, vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.