

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W19-418312

46383

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>1716</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>RCHID Khalid</b>		
Date de naissance : <b>27/05/1976</b>		
Adresse :		
Téléphone :	Total des frais engagés :	2007.15.18.3dh Dhs

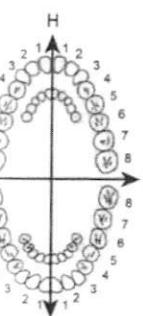
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <b>01/08/2000</b>		
Nom et prénom du malade : <b>GUESAR alabila</b> Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Trouble de l'humeur.</b>	
En cas d'accident 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 : **01/08/2000** Signature de l'adhérent(e) : **Rchid**  
Le : **05/08/2000**

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
01/03/2009 2009	calesy		3000 Dh	INP : ... Dr. Haim Naimi, Psychiatre Pédo psychologue Psychanaliste Peute N°31 - Casablanca Tél : 0524-90-44-20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">SEKKA T Rachid Dr. en Pharmacie</p> <p style="text-align: right;">Casa - Tel : 06 22 57 88 98</p> <p style="text-align: right;">Hery El Bououdi Cite D'elma</p> <p style="text-align: right;">106, Bd Mekdad Idrissi</p> <p style="text-align: right;">PHARMACIE AL AHRAM</p>	<p style="text-align: center;">15/02/20</p>	<p style="text-align: right;">SEKKA T Rachid Dr. en Pharmacie</p> <p style="text-align: right;">Casa - Tel : 06 22 57 88 98</p> <p style="text-align: right;">Hery El Bououdi Cite D'elma</p> <p style="text-align: right;">106, Bd Mekdad Idrissi</p> <p style="text-align: right;">PHARMACIE AL AHRAM</p>

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412   21433562 00000000   00000000 —————— D 00000000   00000000 35533411   11433553 B				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>					

Docteur Hajar MEHDI



Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant  
et de l'adolescent

Addictologie

Psychothérapie

الدكتورة هاجر مهدي

اختصاصية في الأمراض النفسية  
والعصبية

طب النفسي للطفل والمرأة

طب الإدمان

العلاج بالتلبسات

## Ordonnance

Le Dredi 01/09/2020

Nasila GUESSAB -  
N°  
28000 x 4

1/ Dulaphi 60mg  
2830 1 - 1 - 0

75

118074

2/ Atrege mil 30mg  
1/ qd/8air



121830

Traitement de Q200d

Rendez-vous le 27.10.2020 à 16h30



511, Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie", 4ème étage, n° 31

511، شارع القدس، إقامة "حدائق القدس كاليفورنيا"، الطابق 4، رقم 31

0614.90.44.30 - 0522.50.49.20 - dr.hajar.mehdi@gmail.com

4  
LOT : BDD5803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : BDD5803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : BDD5803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT : BDD5803A  
PER : AUT 2021  
PPV : 280 DH 00

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH