

## 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.

N° W19-523932

50937

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>9528</b>		Société : <b>R.A.M</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>OJAROU HABIBA</b>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <b>11/11/1968</b>			
Adresse : <b>51 RUE EL KHOZIAT ET G2 N° 6 BERJES JOUR CASA</b>			
Tél. : <b>066349193</b>		Total des frais engagés : _____ Dhs	
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<b>Dr. Sakina YASSINE Psychiatre Psychothérapeute tel: 0522 25 82 86 / Urg: 05 69 99 30 05 ICE: 0018987400014 NIP: 91040744</b>			
Date de consultation : <b>81/09/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL KHITAM Roudiaz</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>TB PAUVE PLE</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>18 DEC. 2020</b>			
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **18/09/2020**



### 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
AB/109 193 Q3	CN	4000H	4000	INP : 1111111111111111 Dr. Sabina S. Psychotherapeute Psychiatre Tel: 02225888888 / 06 69 90 35 05 ICP: 201806081000014 INPE: 91048744

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ORIENT Sous l'enseigne LAKHSAS STABBARA Labba 213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 75 51	18/09/2020	308,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

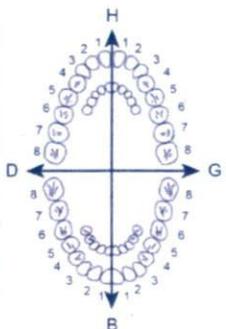
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

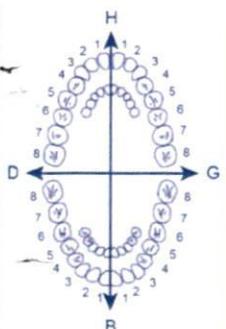
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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

### DETACHEMENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Dr. Sakina YAALAOUI**  
*Psychiatre, Psychothérapeute*  
*Enfants Adolescents & Adultes*



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

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca le 18/09/2020 الدار البيضاء في:

154,30x2 M 16 El Kbiaa Roudani  
1/ Acitop 10 - 18/09/2020  
24728  
y — o — s

2/ Medizapin 5mg  
308,60 ycp si besoin

PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TABBARA Laâfa  
213 80 Yacoub el Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51

Dr. Sakina YAALAOUI  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tél: 0522 25 82 86 / 09 66 93 39 05  
ICE: 001896874010074  
INPE: 910487

Traitement de: 01 mois

RDV:

19/10/2020 à MH30

# S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00017

PER : NOV 2021

PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



#### INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

#### CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

#### CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.

A conserver à une température ≤ 25°C

Ne pas laisser à la portée des enfants

دوعي الاستعمال و المقادير  
التزموا بوصفة طبيكم التزاماً ديناً  
شروط الاستعمال  
انظر النشرة داخله  
عن طريق الفم  
المحافظة

يجب الاحتفاظ بهذا الدواء داخل العلبة  
يحفظ بهذا الدواء في درجة حرارية نقل أو تساري 25° مئوية.  
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.

# S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00017

PER : NOV 2021

PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



#### INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

#### CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

#### CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.

A conserver à une température ≤ 25°C

Ne pas laisser à la portée des enfants

دوعي الاستعمال و المقادير  
التزمو بوصفة طبيكم التزاماً ديفقا

شروط الاستعمال

انظر النشرة داخله

عن طريق الفم

المحافظة

يجب الاحتفاظ بهذا الدواء داخل العلبة  
 يحفظ بهذا الدواء في درجة حرارية نقل أو تساري 25 منوية.  
 لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.



## Facture des Honoraires

Je soussigne, **Docteur YAALAOUI SAKINA**,  
certifie que Mr (Mme) E. KHIAM Rania,  
a fait une consultation, le 18/09/2020  
soit le montant de 400 Dhs.  
Attestation délivré pour servir et valoir  
ce que de droit.

