

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° W21-775523

148572

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13046 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUTIDA ZINEB

Date de naissance : 10/08/1987

Adresse : ...

Tél. : 0610490262 Total des frais engagés : # 1304 DH #

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور نسيم مبروك
Dr. NASSIM MABROUK
Médecin Psychiatre
Tél: 06 61 76 40 40

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : Zineb

Le : 07 / 02 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
07.11.22	CNPSY	300, 00		INP INPE:06127156
09.12.22	CNPSY	300, 00		الدكتور نسيم مبروك Dr. NASSIM MABROUK Médecin Psychiatre Tél: 06 61 40 40 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ECOLES Mme CHEDDI Khadija 12, Avenue Hassan II, Casablanca Tél: 05 22 27 53 11 Fax: 05 22 29 79 08	11/12/22	354,80
PHARMACIE DES ECOLES Mme CHEDDI Khadija 12, Avenue Hassan II, Casablanca Tél: 05 22 27 53 11 Fax: 05 22 29 79 08	11/12/22	354,80

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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 :

Veillez 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 :										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 0000000</td> <td>21433552 0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000 35533411</td> <td>0000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 0000000	21433552 0000000	D	G	0000000 35533411	0000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 0000000	21433552 0000000												
	D	G												
	0000000 35533411	0000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 09.12.22

Mme ZINEB BOUTIDA

316,00

1) BRINTELIX 10 mg cp
1 cp le matin

13,80 x 2

= 27,60

THÉALÉNT 500 mg
1 cas le soir au bon

3) ALPRAZ 0,15 mg cp

1 cp le soir au bon

7 mois

REV 24.12.22 vers 12h

T: 343,60

Date: 09/12/22
N°: 76768
18he

Maphar
Bd Alkima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRINTELIX 10 MG CP PELL
B28
P.P.V: 316,00 DH
6 118001 184835



PHARMACIE DES ECOLES
N° CHEDDADI Khadija
1^{er} Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 05 22 22 53 11
Fax: 05 22 29 79 08

الدكتور نسيم مبروك
Dr. NASSIM MABROUK
Médecin Psychiatre
Tél: 06 61 76 40 60

13,80

Théralène[®] 0,05%
Alimémazine

13,80

Théralène[®] 0,05%
Alimémazine



MAISON CHIMIE
100, rue de la
Libération
92100 Nanterre

LABORATOIRES
SARL 510 10123
100, rue de la
Libération
92100 Nanterre





مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 07. 11. 22

mmme ZINEB BOUZIDA

316,00.

Date: 07/11/2022
N°: 70722
ABte

1) Brintellix 10 mg cp
13,80 x 3 = 41,40.

3) thalazine 500g
3 boîtes le soir

3) Alymry 0,5 mg cp
1/2 cp le soir.

mm 1 mois

209 09. 12. 22.

T: 357,40.

الدكتور نسيم مبروك

Dr. NASSIM MABROUK
Médecin Psychiatre
Tél: 06 61 76 40 60



PHARMACIE DES ECOLES
M^{me} CHEDD•DI Khodija
12, Avenue Hassan II Casablanca
Tél: 05 22 27 53 11
Fax: 05 22 29 79 08
ICE: 001625764000073

13,80

1 3

E

- 1

3

Théralène® 0,05%

Alimémazine

13,80

1 3

E

- 3

4

Théralène® 0,05%

Alimémazine

Dr. NASSIM NABROUK
Médecin Psychiatre
Tél. 08 67 76 40 03