

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ons générales :**

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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

Nº P19- 0040616

ND: 51633

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2057

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SLAOMI JAWAD

Date de naissance :

22/06/53

Adresse :

Résidence Firdaus CASABLANCA -

Tél. : 0661338761

Total des frais engagés : 1146,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/08/2020

Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> SLAOMI JAWAD Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Troubles de l'humeur

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 : 08/08/2020

Le : 20/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
17/08/2023	CNPsy		350 DHS	Dr Nouama Zouhair Psychiatre 1, Rue Abou Hassane Askan Résidence Kenzi 1er étage Appart. Centre des Hôpitaux Tél 05 22 35 17 31

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">   <b>THIABNACIE SIDI ABDERRAHMANE</b>  <b>SKIREDJ Rouka</b>                      15 - 18, Rue Kergomar                      Résidence Ambar - Casablanca.                      Tél. 022 79 79 01                 </p>	17/08/2020	796,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

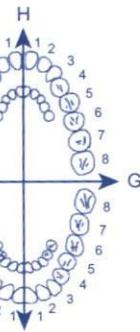
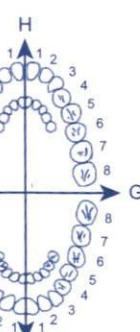
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	D	B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G															
D	B															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



**Dr Nouama ZEROUALI**

**د. نعمة الزروالي**

**Psychiatre**

Médecin spécialiste  
de la santé mentale

**Psychothérapeute**

Thérapie cognitivo-comportementale

**Addictologue**

**طبيبة أخصائية**

**في الأمراض النفسية و العقلية**

**العلاج النفسي**

العلاج السلوكي المعرفي

الإدمان

Casablanca Le: 17/08/2020

NR SLAOUI JAWAD

201,00

1) No-Def 50 mg 3250

224,00

01 - 00 - 01

S.Y

Serofact 100 mg  
01 - 00 - 02

SYNTHMEDIC  
noire soubair brod ai ansem roches  
SEROQUEL

100mg  
Boîte de 60  
28965 DMP 21NSF P.P.V: 276,00 DH  
6 118001 02/307

39,00

3) Larax 10 mg 3252

35,00

00 - 00 - 20

S.Y

4) Alprazolam 8 mg 796,50

122,00 x 2

1 g / (eu S.Y) be beam 3254

5) Ativex 17 mg mg R q.  
1 q du concomitant

Nouama ZEROUALI  
Psychiatre  
Abou Hassan Askari  
11, Rue Abou Hassan Askari (ex rue lavoisier), Résidence Kenzi, 1er étage, Appt. 1,  
Quartier des Hôpitaux, Casablanca

Durée de traitement :

نفقة ابو حسن عسكري (لافوزي سابقاً)، إقامة كنزي الطابق 1 الشقة 1 الدار البيضاء  
11 Rue Abou Hassan Askari (ex rue lavoisier), Résidence Kenzi, 1st floor, Appt. 1,  
Casablanca

Tél. : 05 22 86 17 31

Email: dr.nzerouali@gmail.com

RDV vers 10:00

