

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.

ntente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

acie :

vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

gie et Biologie :

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.

pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

:

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

ation :

ntente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de radiodiagnostics.

ur le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

e :

cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

acture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

resses Mails utiles

lamation : contact@mupras.com
e en charge : pec@mupras.com
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S garantis le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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
Nº P19- 0040636

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22282

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2057

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI JAWAD

Date de naissance : 22.06.1953

Adresse : RBS. PERDADUS EL OULFI CASABLANCA

Tél. : 0661 33 87 61

Total des frais engagés : 1491,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Nouama ZEROUALI
Psychiatre
11, Rue Abou Hassan Askari
Résidence Kanz 1er Etage Appart 1
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. 05 22 56 17 31

Date de consultation : 08/01/2020

Nom et prénom du malade : M^r SLAOUI 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/01/2020

MUPRAS

ARGUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hohoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Parlement des Actes
08/10/2020	cn psy		3500 Dhs	Dr. Noureddine AYOUBI 11, Rue Abu Hassan Résidence Kairouan 1er Etage Quartier des Hopitaux - Casablanca Tél. 0522 86 17 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/7/2020	1140d. 50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

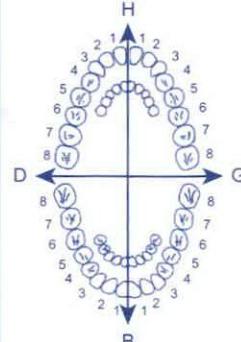
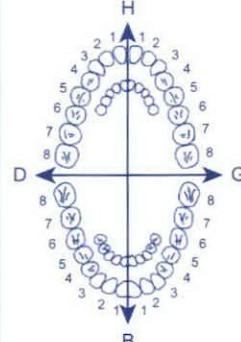
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

Psychiatre

Médecin spécialiste de la santé mentale

Psychothérapeute

Thérapie cognitivo-comportementale

Addictologue



PPV: 34DH70
PER: 09-22
LOT: 12027

SYNTHEMEDIC
32 rue souhaïb etor al aquam roches
noires casablanca
SEROQUEL

300mg O�ate

Bolte de 60

27180 DMB QINSF P.P.V: 870,00 DH

6 118001 021321

د. نعمة الزروالي

طبية أخصائية

في الأمراض النفسية والعقلية

العلاج النفسي

العلاج السلوكي المعرفي

الادمان

Casablanca Le :

08/01/2020.

MR SLAOUI JAWAD

180,00

1) Fluoxet 20mg sel

01-00-01

870,

2) Serquel 300 mg

05-00-01

84, FR

3) Zepam 60mg

le sier,

86, 60

4) Stilnox 6,75mg

an ouai

an conku

Durée de traitement : 3 mois

Tél. : 05 22 86 17 31

Email : dr.nzerouali@gmail.com

رسالة إلى حسن عسقري (الأنورى سابقاً) إقامة مخزى الطابق 1 الشقة 1 الدار البيضاء

11, Rue Abou hassan Askari (ex rue lavoisier), Résidence Kenza, 1er étage, Appt. 1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca

Fluoxet® 20 mg

30 gélules



6 118000 021681

LOT : 9MA036
PER : 02/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



6 118000 061465