

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.

239245

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule

13076

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zineb BOUZIDA

Date de naissance :

10/08/1987

Adresse :

Tél. : 06 10 490262

Total des frais engagés : 806,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور نسيم مبروك
Dr. NASSIM MABROUK
Médecin Psychiatre
Tél: 06 61 78 40 80



Date de consultation : 14.09.2022

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection psychiatrique

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 : Casablanca

Le : 01/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET AD:

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
14. 03.22			400,00 Date 12/03	INP : 061293156 الدكتور نسيم مبروك Dr. NASSIM MABROUK Médecin Psychiatre Tél: 06 61 76 40 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/09/2022	406, 90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIographies			
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
		A M	P C	I M	I V	

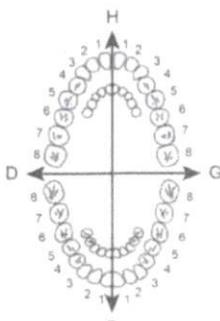
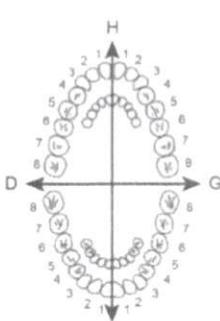
ADHERENT

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 de l'ODF.

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

Clinique
Anoual Casablanca



جامعة
أنوال للدار البيضاء

Casablanca, le 14.09.2022

- mme ZINEB BOUBIDA

(630)

316.60 1) Brintellix 10 mg
1 cp le matin



(S.V.)

(13.80 x 4) Théralene drop
3 càs le matin (S.V.)

35.70 5) ALgorag 9,5 mg cp.
1 cp le soir.

(S.V.)

RDV 15 jours

RDV 28.09.22

16th

الدكتور نسيم مبروك
Dr. NASSIM MABROUK
Médecin Psychiatre
Tél: 06 61 76 40 80

T 406.90

أخصائيون في جراحة الدماغ والأعصاب وأخصائيون في الانعاش
 Urgences - Médecins réanimateurs et neurochirurgiens 24 h / 24

Un comprimé pelliculé contient 10 mg de vortioxétine (équivalent de bromhydrate).

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ne pas conserver à une température supérieure à 25°C.

LOT
EXP
PPV

221177 1
04 2025
35.70



28 Comprimés pelliculés

Brintellix® 10mg
vortioxétine

يحتوي كل قرص مغلف على 10 ملг من فورتيلوكسيتين
(على شكل برومهدرات)
يجب قراءة النشرة بمد昏ن قبل الاستعمال
يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

13,80

Théralène® 0,05%

Alimémazine

13,80

Théralène® 0,05%

Alimémazine

13,80

Théralène® 0,05%

Alimémazine

13,80

Théralène® 0,05%

Alimémazine