

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-727105

154704

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13148

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benali Noura

Date de naissance : 24/08/1990

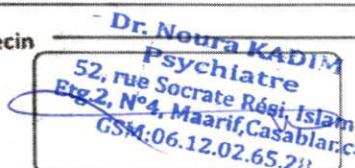
Adresse : 8, rue prospér mélémine, Raffarin, Maarif,

Tél. : 06 20 16 31 53

Total des frais engagés : 1057

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/03/2023

Nom et prénom du malade : BENALI NOURA KADIM

Age : 32

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Troubles psychologiques

Enfan

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

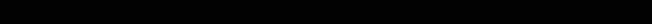
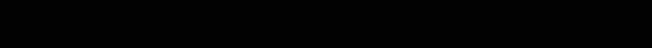
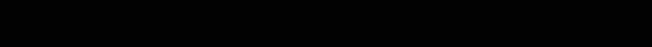
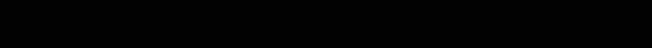
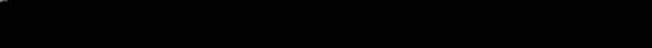
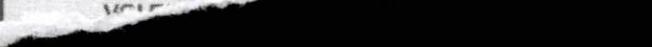
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 14/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

#### **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
14.10.2023	CS	1	100.000	INP 14.06.12.02.65.72 Dr. Resi, Islam Saifi Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>VITA</b> <small>PAPA SARAH VITAMIN</small> 1405 Bd Brahim Roudani 1055 Tunisie <a href="mailto:pharmacie.vita.tunis@gmail.com">pharmacie.vita.tunis@gmail.com</a>	14/03/23	657.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 d

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	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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'EXÉCUTION

**Dr Noura KADIM**

Psychiatrie adulte  
Addictologie  
Psychogériatrie



د. نورة قديم

الطب النفسي العصبي  
علاج الإدمان  
الطب النفسي للمسنين

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بربكمان ببروكسيل

- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

## **ORDONNANCE**

Casablanca, le 14/03/2023

Noura BENALI

a) Fluoxet 20 mg.  
09 - 00 - 00

S.V.

3/03/27  
VOOMOS 42  
2024-03-14  
VITA

III de 2 mois

**Dr. Noura KADIM**  
**Psychiatre**

52, rue Socrate Rési. Islam  
Etg.2, N°4, Maarif, Casablanca  
GSM:06.12.02.65.28

Dr. Noura KADIM  
Psychiatre  
Socrate Rési. Islam  
52, rue  
N°4, Maarif, Casablanca  
GSM:06.12.02.65.28

52، زنقة سقراط إقامة إسلام الطابق 2 رقم 4 (أمام وكالة الضمان الاجتماعي) المعاريف - الدار البيضاء

52, Rue Socrate, Résidence Islam 2<sup>ème</sup> étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maârif - Casablanca

Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com

# Fluoxet<sup>®</sup>

Fluoxétine

20 mg

60 Gélules  
Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

42 ☀ C ☺

سُوْرَطْهِمَا  
sothema

LOT 222826 1  
EXP 09 2025  
PPV 297.00



**20 mg**

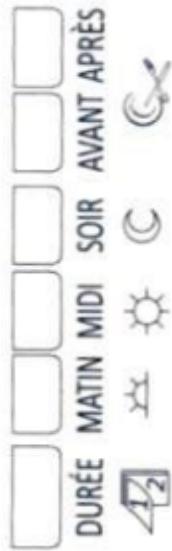
30 Gélules  
Voie orale



**Fluoxet<sup>®</sup>**  
Fluoxétine



LOT 223477 1  
EXP 10 2025  
PPV 180.00



# Fluoxet<sup>®</sup>

Fluoxétine

20 mg

30 Gélules  
Voie orale



<input type="checkbox"/>					
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS	



||



LOT 223477 1  
EXP 10 2025  
PPV 180.00

