

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-768271



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13158

Société :

RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benali Noura

Date de naissance :

21/08/1950

Adresse :

8, rue Prosper Mistura, Dar El Beïd, N° 9

Tél. :

0522912358

Total des frais engagés : 1057,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Noura KADIFI
Psychiatre
52 rue Socrate Rési. Island
Etg 2, N° 4, Maarif, Casablanca
GSM: 06.12.02.65.28

Cachet du médecin :

Date de consultation :

05/12/2023

Nom et prénom du malade :

BENALI MOUNA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tout le temps

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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

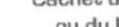
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 19/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Noura

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 VITA <small>PHARMACIE TEL: 05 22 88 43 63 FAX: 05 22 88 44 45 E-mail: vita@wanadoo.fr Site: www.vita-pharmacie.com</small>	11/05/23	657,00

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES 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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr Noura KADIM

Psychiatrie adulte

Addictologie

Psychogériatrie



د. نورة قدیم

الطب النفسي العصبي

علاج الإدمان

الطب النفسي للمسنين

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بريكمان ببروكسل

- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le 11/05/2023

Mme Noura BENALI

287,00
180,00x2

Fluoxet 20 mg.
02 - 00 - 00.



VITA
Date: 24/05/23
N° Ordre: 0011011A
Cin: 292.-
1 180.-

III de 2 mois

657,00

VITA
Téléphone: 02 22 98 23 80
Email: info@vitalab.com
Site: www.vitalab.com
Souscription: 93 44 22

10167123
0011011A
1 180,00

Dr. Noura KADIM,
Psychiatre Islam
52, Rue Socrate Résidence Islam
Casablanca
E-mail: Maârif.Casablanca
GSM: 06.12.02.65.79

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

52, Rue Socrate, Résidence Islam 2^{ème} 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

20 mg

30 Gélules
Voie orale



Fluoxet[®]
Fluoxétine



LOT 223871 1
EXP 11 2025
PPV 180.00

<input type="checkbox"/>				
DURÉE 42	MATIN 	MIDI 	SOIR 	AVANT APRÈS



20 mg

30 Gélules
Voie orale



Fluoxet[®]
Fluoxétine



LOT 223871 1
EXP 11 2025
PPV 180.00

<input type="checkbox"/>				
DURÉE 42	MATIN 	MIDI 	SOIR 	AVANT APRÈS



20 mg

30 Gélules
Voie orale



Fluoxet[®]
Fluoxétine



LOT 223871 1
EXP 11 2025
PPV 180.00

<input type="checkbox"/>				
DURÉE 42	MATIN 	MIDI 	SOIR 	AVANT APRÈS

