

## 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.

N° W21-795613

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	13076	Société :	RAMI
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	30421IDA zineb 170738
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 104 902 62	Total des frais engagés :	41151,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
07/06/2023	
Nom et prénom du malade :	
30421IDA zineb	
Age:	
53	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
P 32	
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	
Signature de l'adhérent(e)	
Le 20/07/2023	



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
07/06/23	c.Upsy		300 DFL	INP : 061A97AS6
				Dr MABROUK NASSIM Médecin Psychiatre
				ES EFS Khojla Naslan
				Dr MABROUK NASSIM Médecin Psychiatre

PHARMACIE DE LA CHEDDE		EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachez du Pharmacien, ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
		07/06/2023	851,60
Fax : 0010 ICP : 0010			

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



# Cabinet de Psychiatrie et d'Addictologie

## عيادة الطب النفسي و علاج الإدمان

**Dr Nassim MABROUK**  
Médecin Psychiatre

### PHARMACIE DES ÉCOLES

Mme CHEDDADI Khadija  
12, Avenue Hassan II, Casablanca  
Tél: 05 22 27 55 00  
Fax: 05 22 27 58 08  
ICE: 001625764000093

Psychiatrie Générale

Addictologie

Psychiatrie

Gerontopsychiatrie

Maphar  
Bd Alikima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
BRINTELLIX 20 MG CP PELL  
B28  
P.P.V.: 553,00 DH  
6 118001 184842

الدار البيضاء في 27/06/2023  
Casablanca, le 27/06/2023

- mme Bouzida Zineb -

553,00 1) BRINTELLIX 20 mg ep Date: 07/06/2023  
n° 76541 ABP  
1 op le matin post 1 mois  
au milieu du repas - 15/2

180,00 2) FLUOXET 20 mg SÉDUCTION Date: 07/06/2023  
n° 76455 ABP  
1 gel le vendredi

3) MELATONINE 2,5 mg Date: 07/06/2023  
13,80 1 cp le soir n° 76456 ABP

4) THERALEAN sirup Date: 07/06/2023  
45,50 3 cuillères le soir n° 76456 ABP

5) SEDATIF pc 1 - 0 - 1.  
45,50 - 2 mois -

Renouvelable  
jusqu'au RDV"

Traitement : 2 mois

Rendez-vous le 2 mois /

T: 851,60

264 Bd Ghandi, résidence Jawharat Ghandi, Etg 4 - INPE: 061297156

05 20 51 77 42 docteurmabrouk@gmail.com

Dr MABROUK NASSIM  
Médecin Psychiatre

BOTTU SA  
PPV: 45 DH 50

BOTTU SA  
PPV : 45 DH 50

23/03/2019  
PHARMAID-INDIA  
11625353684  
E300952520101101



REVENUE  
INDIA  
REVENUE  
INCOME TAX

DR MAMBEROK ASSOCIATES  
MAMBEROK ASSOCIATES

سوطيمها  
Sotihema

# Fluoxet®

## Fluoxétine

20 mg

30 Gélules  
Voie orale



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



LOT 223477 1  
EXP 10 2025  
TPV 180.00



13,80

Théralène® 0,05%

Alimémazine

13,80

Théralène® 0,05%

Alimémazine