

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Déclaration de Maladie

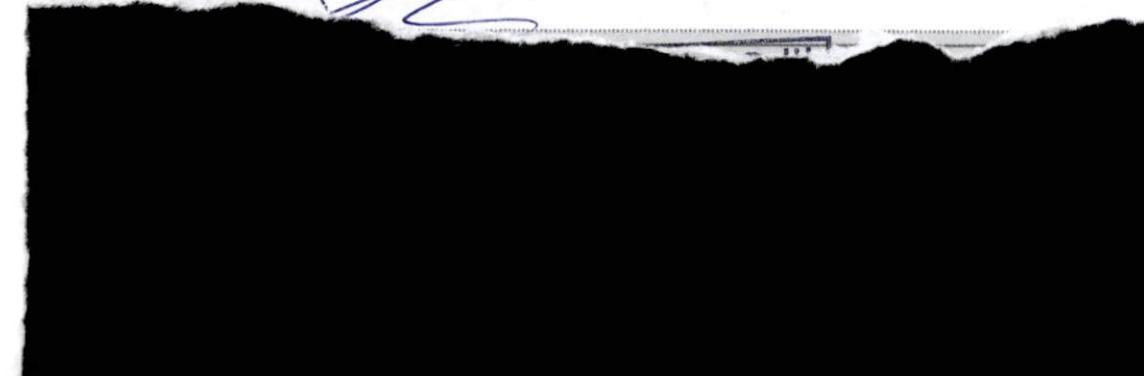
N° W21-795615



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

<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 : 120740	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BOUZIDA Zineb		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 10/08/1987			
Adresse :			
Tél. : 06 10 49 02 64		Total des frais engagés : 1124,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>الدكتور نسيم مبروك Dr. NASSIM MABROUK Médecin Psychiatre Tél: 06 61 78 40 00</p>		
Date de consultation :	06/08/2023		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même F 32		
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sur place et faire l'attention au médecin conseil de la Mutuelle.			
<p>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.</p> <p>Fait à : Casa</p> <p>Signature de l'adhérent(e) : X N</p>			
<p>Le : 06/08/2023</p> <p>MUPRAS ACCUEIL BOUZAÏA</p>			



RELEVÉ 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
06/05/13	CNSP		30.0 DH	<p>INR: ٣٠ دينار مصري Dr. NASSIM MABROUK Médecin Psychiatre Tel: 06 61 76 40 60</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien PHARMACIE DES ECOLES DU du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme CHEDDADI Khadija 12, Avenue Hassan II - Casablanca Tel 05 22 27 53 11 Fax 05 22 29 79 08 I.C.P. 001625764000023 092067081	6/5/23	824,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

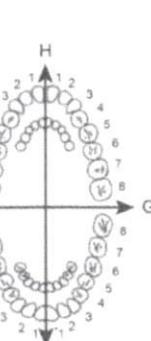
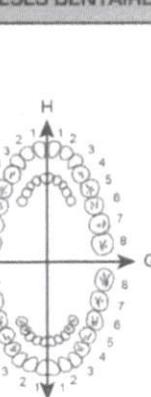
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

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"/>																								
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		21433552		25533412		00000000		D		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		21433552																											
25533412		00000000																											
D		00000000																											
00000000		00000000																											
35533411		11433553																											
B																													
					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

11, Avenue Hassan II Casablanca

Tel: 05 22 29 79 08

Fax: 00162576400073

ICE: Casablanca, le 23/05/2016

Psychiatrie Générale
Addictologie
Pédopsychiatrie
Gérontopsychiatrie



الدار البيضاء في 23/05/2016

- Mme BOUTEJA Zineb -

553,00 D BRINTELLIX 20mg



1 cp le matin
au milieu du repas

Date: 8/5/23

N°: 76411

pdf 1 més

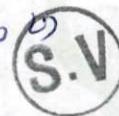
6-118001 184842

Maphar
Bd Alkima N° 6, QL
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRINTELLIX 20 MG CP PELL

B28

P.P.V: 553,00 DH

18000 D FLUOXET 20 mg



1 gel le midi

Date: 8/5/23

N°: 76412

1B

Renouvelable
Jusqu'à RDV

2) MELATONINE 2mg LP

1 pise le soir 1h45 la nuit
luncher

51,00



REMBOIS PC

45,50 x 2

824,00

an la fin 1

Traitements :

Rendez-vous le / /

الدكتور نسيم مبروك

Dr. NASSIM MABROUK

Médecin Psychiatre

Tél: 06 61 76 40 60

**BOTTU SA
PPV: 45 DH 50**

**BOTTU SA
FPV: 45 DH 50**

EXP 22397311202500

Fluoxet®

Fluoxétine

20 mg



30 Gélules
Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

