

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° W21-811095

177774

Optique Autres

Maladie Dentaire

Matricule : 13076 Société :

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

BOUZIDA Zineb

Date de naissance :

10/08/1987

Adresse :

Tél. : 0610490262 Total des frais engagés :

531,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MABROUK NASSIM
Médecin Psychiatre

Date de consultation :

17/07/2023

Nom et prénom du malade :

ZINEB BOUZIDA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

F32

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) :

Zineb

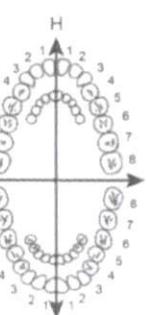


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/07/23	CNPsy	300 DH		INP : 061897156 Dr MABROUK NASSIM Médecin Psychiatre

PHARMACIE DES ECOLES		EXECUTION DES ORDONNANCES
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Numero de l'Ordre Avenue Hassan II - Casablanca	Date
S. M. R. A. KHADJIA 092007031	1753 19/07/2013	Montant de la Facture 231,80
	Fax: 0522297908	

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

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

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



Cabinet de Psychiatrie et d'Addictologie

عيادة الطب النفسي و علاج الإدمان

Dr Nassim MABROUK
Médecin Psychiatre

Psychiatrie Générale
Addictologie
Pédopsychiatrie
Gérontopsychiatrie

Casablanca, le 17/07/23 الدار البيضاء في

218,00 mme ZINES Bouzid 1Bte

1) Brintellix 5mg CP Date: 17/07/2023
N°: 76557

13,80 ~~✓~~ 1 cp le matin pdt 1 mois 1Bte.

2) Theradene 5mg CP 2 fois le matin 1Bte.

Maphar
Bd Alkimala N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRINTELLIX 5MG CP PELL
B28

P.P.V : 218,00 DH

6 113001 184828

Date: 17/07/2023
N°: 76558

Jusqu'au RDV!
Renouvelable



Traitements : 1 mois

Rendez-vous le 17/07/2023

PHARMACIE DES ECOLES
1 mezzanine - El Khadija
1, Avenue Hassan II Casablanca
Tél: +212 522 29 79 08
Fax: 05 22 29 79 08

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

📞 05 20 51 77 42 📩 docteurmabrouk@gmail.com

Rebounderiales
Instituto RDA

MISSAN KUDARAH
Sekolah Dasar

N.
B316

N.
B316