

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

M22- 0015998

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5572 Société : 133227

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ACHMAQUI ABDELHADI

Date de naissance : 01-06-1958

Adresse : h. ch. h. d. l. l.

Tél. 0699778914 Total des frais engagés : 1519,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. IYAL Monamed hachem Psychiatre 091137646

INPE : 091137646 Tél. : +212 522 05 15 15

Date de consultation : 06 Octo 2022

Nom et prénom du malade : Achmaqui Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : S. d. deprimif Abdelhadi

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 Le : 06/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
05 Oct 2022	Psychiatrie	CNAsy	400 dh	Dr. Mohamed Hachem Tél: +212 522 05 15 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet ou du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mohamed Hachem Rue Lagranta - Oasis 0522-99 31 23 - Casablanca	06/10/22	1119,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

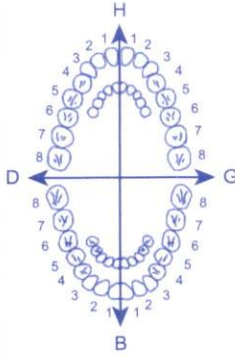
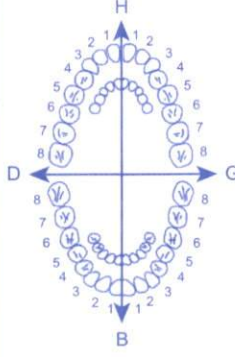
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 06 octobre 2022

Mr. ACHMAOUI ABDELHADI

13230 24
EXIDEP 10 MG COMPRIMES ENROBES

1 cp le matin

629813
ATHYMIL 30 MG

1 cp le soir

Traitement pendant 4 mois

Dr. TYAL Mohamed Hachem
Psychiatre
INPE : 091137646
Tél. : +212 522 05 15 15

Le 02/02/2023 à 14h15

EXIDEP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242505

EXIDEP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242505

EXP :

132,30

Lot N°

LOT 22002

PPV

PER 01/24

PPV 132DH30

EXP :

132,30

Lot N°

LOT 22002

PPV

PER 01/24

PPV 132DH30

EXIDEP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242505

EXIDEP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242505

EXP :

132,30

Lot N°

LOT 22002

PPV

PER 01/24

PPV 132DH30

EXP :

132,30

Lot N°

LOT 22002

PPV

PER 01/24

PPV 132DH30

Athymil® 30 mg

Comprimés pelliculés

sécables



6 118000 080763

Athymil® 30 mg

Comprimés pelliculés

sécables



6 118000 080763

Athymil® 30 mg

Comprimés pelliculés

sécables



6 118000 080763

LOT 220757

EXP 06/2025

PPV 98.30DH

LOT 220757

EXP 06/2025

PPV 98.30DH

LOT 220757

EXP 06/2025

PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg

Comprimés pelliculés

sécables



6 118000 080763

Athymil® 30 mg

Comprimés pelliculés

sécables



6 118000 080763

Athymil® 30 mg

Comprimés pelliculés

sécables



6 118000 080763

LOT 220757

EXP 06/2025

PPV 98.30DH

LOT 220757

EXP 06/2025

PPV 98.30DH

LOT 220757

EXP 06/2025

PPV 98.30DH