

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0040474

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0887 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HARHAR Samia

Date de naissance : 20-11-51

Adresse : 11 Rue Omar El Fassi

Tél. 06-64-55-4747 Total des frais engagés : 3504,201 Dhs

Cadre réservé au Médecin ANWAR M Hamed Yassin

Cachet du médecin :

Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd Abou Bakr El Kadir Résidence Na'm
Imm 7 Appt. 2 - 1er Etage Sidi Maarou
Casablanca - Tél. 05 22 78 88 30

Date de consultation : 09/12/2022

Nom et prénom du malade : HARHAR SAMIA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection psychiatrique

Affection longue durée ou chronique : ALD 3 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
09/12/22	ANWAK		#350 DHS#	Dr. ANWAK Mohamed El Kadir Medecin Spécialiste en Psychiatrie Bd Abou Bakr El Kadir Résidence Sidi Maarouf Impr. 14000 2 200 78 42 3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/22	201.00

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																					
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
<h3>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</h3>																								
<div> <div> </div> <div> <p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B	
H		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"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ~~Amine~~ M'hamed Yassine

Médecin Spécialiste en psychiatrie
Diplômé en thérapies cognitives et comportementales
Diplômé en addictologie
Ancien médecin interne en France



الدكتور أنوار لرحمد ياسين

طبيب إختصاصي في الأمراض النفسية
أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي
أخصائي في طب الإدمان
طبيب داخلي في فرنسا سابقا

ORDONNANCE

Casablanca, le

09/12/2022

Madame ~~Amine~~ HAR SAMIA

1) NO-DEPROG 400 mg
201-5 1/2 cp pour après le déjeuner
Traitement de Trois Mois

2) Zolam 30mg gel
1 gel pour le matin avant le petit-déjeuner

شارع أبو بكر القادري، إقامة النعيم، عمارة 7، الشقة 2، الطابق الأول، سيدي معروف، الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm.7, Appt.2, 1er étage, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 05.22.78.48.36

NO-DEP® 50mg

Sertraline



60 Comprimés pel
sécables

LOT: 395
PER: SEP 2024
PPV: 201 DH 00

CiplaMaroc

INDICATIONS THERAPEUTIQUE

Le principe actif de NO-DEP® est la sertraline. La sertraline appartient à un groupe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS); ces médicaments sont utilisés pour traiter la dépression et/ou des troubles anxieux.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Episodes dépressifs majeurs.
- Prévention des récides d'épisodes dépressifs majeurs.
- Troubles panique, avec ou sans agoraphobie.
- Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) chez l'adulte ainsi que chez les patients pédiatriques âgés de 6 à 17 ans.
- Trouble anxiété sociale.
- Etat de stress post-traumatique (ESPT).

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

En cas de problèmes de santé ou de troubles, consultez votre médecin et suivez ses instructions.

Durée du traitement : votre médecin vous indiquera la durée pendant laquelle vous devrez prendre ce médicament. Elle dépendra de la nature de votre maladie et de la manière dont vous répondez au traitement. Plusieurs semaines sont parfois nécessaires pour que vos symptômes commencent à s'améliorer. Le traitement de la dépression doit en général continuer pendant 6 mois après l'amélioration.

CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
- Un traitement concomitant par inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO, notamment la sélégiline, le moclobémide) ou des médicaments de type IMAO (par exemple le linézolide) est contre-indiqué.
- La prise concomitante de pimozone est contre-indiquée