

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

M23-003214

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R.00202 Société : ESC / Rabat Sale
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HADDAD H. baret 163675
 Date de naissance : 1925
 Adresse : Secteur 4B Rue EL AZhar N° 247 Tabriquet sale
 Tél. : 0664551433 Total des frais engagés : 2157,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZEROUAL Zahra
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
INPE : 101264810
Tél : 05 22 00 06 12

Date de consultation : 10/05/2023
 Nom et prénom du malade : EL HADDAD H. baret Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Trouble bipolaire chronique
 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 : sale Le : 15/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : ER



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
10 MAI 2023	CS		300 DH	Dr. AZEROUAL Zahra Médecin Spécialiste en Psychiatrie INPE : 101204810 Tél : 05 30 00 06 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA MEMORA Dr. Zakaria BENTAHAR Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13 Salé, Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87	10/05/23	1859,30

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 :

Veillez 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



TEMESTA 1mg
CP SEC B50

CP SEC B50

P.P.V.: 23DH00

P.P.V.: 23DH00

P.P.V.: 23DH00

PPV: 39DH80
PER: 12/25
LOT: L4244

PPV: 39DH80
PER: 09/25
LOT: L2830

PPV: 39DH80
PER: 12/25
LOT: L4084

ORDON
Salé le : / 0 M

Laroxyl® 40 mg
Amitriptyline
Gouttes buvables

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml

MR EL HADDA

$$167,40 \times 6 = 1004,40$$

① Medizapin 05mg

$$39,80 \times 3 = 119,40$$

② Laroxyl 40 mg

$$180,00 \times 3 = 540,00$$

③ Fluoxet 20mg gel.

$$23,00 \times 3 = 69,00$$

④ Temesta 1mg

$$41,50 \times 3 = 124,50$$

⑤ Imovane 7,5mg gr.

EXP 06/2025
PPV 180

EXP 10/2025
PPV 180.00

PHARMACIE EXP
Dr. Zakaria B...
Section 4, Imm. Al...
Salé, Tabriquet - Tél.: 0537

EXP 11/2025
PPV 180.00

Imovane 7,5 mg

Comprimés pelliculés

41150

6 118000 012368

Imovane 7,5 mg

Comprimés pelliculés

41150

6 118000 012368

Imovane 7,5 mg

Comprimés pelliculés

41150

6 118000 012368

Dr. AZEROUAL Zahra

Médecin Spécialiste en Psychiatrie

TINPE: 101264810

Tél: 05 30 00 06 13

Dr. AZEROUAL

Médecin Spécialiste en P

TINPE: 101264810

Tél: 05 30 00

T = 1857,30

Durée de traitement : - 3 mois

Prochain RDV : 12-08-2023 : الموعد المقبل

صيداوية المعمورة

PHARMACIE LA MAMARA

+212-530 00 06 13

zahraazeroual.za@gmail.com

Immeuble Al Mounazza, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir, Bureau numéro 6, 2ème étage, Bettana Salé

بنية المنتزه، ناصية شارع مديونة وزقة بنكريز، مكتب رقم 6، الطابق الثاني، بطنانة سلا