

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 de données de l'Horloge à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah 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

M23-003213

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

197*334

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R00202

Société : Esc / Rabat

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD M'Barek

Date de naissance : 1925

Adresse : secteur 4B Rue EL AZHAR N° 247 Tafrihat

Tél. : 06 19 69 52 98

Total des frais engagés : 2065,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr AZEROUAL Zahra

Médecin Spécialiste en Psychiatrie
INPE : 101264810
Tél : 05 30 00 06 13

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 FEV 2024

Nom et prénom du malade : EL HADDAD M'Barek Age : 95

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Troubles psychologiques + Démence

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Démence + dépression

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 : Salé

Le : 19 / 02 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : EC

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

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
15/06/2012	3		333 DH	AL FERJAL 2012 en Psychiatrie Spécialiste : 1012 1010 Date : 20 06 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SANTAHAR Dr. ZEINAB ALLAH, N° 13 Secteur A, 1 ^{er} étage, 1007 85 00 97 SANTAHAR	19/02/24	1765,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) and a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, and the horizontal axis is labeled 'D' on the left. The teeth are arranged in a curve, with numbers indicating specific points of interest.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET C. DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
41150
6 118000 012368

PPV: 39DH80
PER: 03/25
LOT: L1281

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml
6 118001 040407

PPV 2843 H 0
PER 09/25

PHARMACIE LA ROMAINE
42100 SAINT ETIENNE

Dr. AZEROUAL Zahra

- Psychiatre / Psychothérapeute
- Psychiatre de l'adulte, l'enfant et de l'adolescent.
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
- Ex médecin à l'hôpital Arrazi de Salé.



POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine 5 mg

20 comprimés sécables

6 118000 120889

ص - 167,40

6 118000 120889

الطب يعنى ببعين، الأطفال، والمرأة
خريجة كلية الطب والصيدلة ببارياط
طبيبة سابقة بمستشفى الرازي بسلا

ORDONNANCE

3 x 167,40 = 502,20
Salé le : 10 FEB 2024

156,40 M² EL HA DDA D

① Polyzopin 0,5mg x 4x

5 x 39,80 = 199,00

② Lexaxyl 28 Gélules

3 x 132,50 = 397,50

③ Xyrest 28 Gélules

284,00

④ D-391 28 Gélules

3 x 41,50 = 124,50

⑤ Isoniazide 28 Gélules

3 x 22,90 = 66,60

⑥ Codiprane 28 Gélules

71,00 0,5mg x 4x

Durée de traitement : 35,70

Prochain RDV : 2

T.T. 765,90

+ 212-694 70 67 23

↑ Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue



بيان المتنزه، ناصية شارع مدینة ونقة بتكريت، مكتب رقم 6، الطابق الثاني، بطنجة سلا.