

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.

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.ma



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

Déclaration de Maladie

M23-003213

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R00202 Société : Esc / Rabat
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HADDAD M. BAREK
 Date de naissance : 1975
 Adresse : secteur 4B Rue EL AZHAR N° 247 Tabriquet
Sole
 Tél. : 06 19 69 52 98 Total des frais engagés : 2065,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AZEROUAL Zahra
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
INPE : 101264810
Tél : 05 30 00 06 13
 Date de consultation : 19 FEB 2024
 Nom et prénom du malade : EL HADDAD M. BAREK Age : 99
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Trouble dépressif + 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 : Sole Le : 19 / 02 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) : EC

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
	3		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AMAMORA Dr. ZENAB ALAMAMORA Secteur 7, Imm. Ala Allah, N° 13 S.A. TAPALUS - 0537 85 40 07 102073970	19/02/24	1765,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

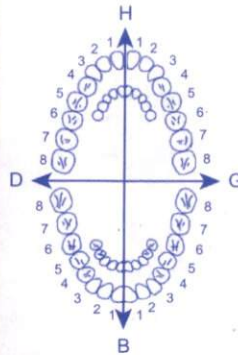

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

$\Delta S \Leftarrow$
ced

PHARMACIE LA MAMORA

Dr. AZEROUAL Zahra

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



POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
28 comprimés sécables

صبي
"118000" "120889"
الطب النفسي لتباعد، الأطفال، والمراهقين
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى الرازي بسلا

ORDONNANCE

Salé le : 17/02/2024 سلا في:

3 x 167,40 = 502,20

156,40 Mr EL HADDAD

① Polyzapin 05mg

3/2 ————— 4x

5 + 39,80 = 199,00

② Loxyl 300mg

3 + 132,50 = 397,50

③ xy = x et

284,00

④ D = 3y

3 + 41,50 = 124,50

⑤ Im

3 x 22,20 = 66,60

⑥ Codoliprane

⑦ Alpraz 0,5mg

Durée de traitement :

35,70

Prochain RDV :

T.A 265,90

+212-694 70 67 23

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue

Codoliprane®
Paracétamol / codéine
400 mg / 20 mg
rimes
ts
PPV: 22DH20
PER: 03/25
LOT: M1675
6 1 8000 040217

Codoliprane®
Paracétamol / codéine
400 mg / 20 mg
rimes
ts
PPV: 22DH20
PER: 05/25
LOT: M1675
6 1 8000 040217

Codoliprane®
Paracétamol / codéine
400 mg / 20 mg
rimes
ts
PPV: 22DH20
PER: 07/25
LOT: M1675
6 1 800 040217

PHARM

DATE: 19/02/24
N° ORDO: 269

PHARMACIE LA MAMOR

DATE: 19/02/24
N° ORDO: 269

PHARMACIE LA MAMOR

DATE: 19/02/24
N° ORDO: 269

PHARMACIE LA MAMOR

DATE: 19/02/24
N° ORDO: 269

PHARMACIE LA MAMOR

DATE: 19/02/24
N° ORDO: 269

PHARMACIE LA MAMOR

DATE: 19/02/24
N° ORDO: 269