

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 - 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

N° P19- 067794

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : LOUHIBI Mohammed Société : RAM 42764

☐ Actif 6408 ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUHIBI Mohammed

Date de naissance : 13.3.63

Adresse : JABRI HILL

Tél. : 06 557 22 315 Total des frais engagés : 10 JUL 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah MAMOU
Neuro - psychiatre
38, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 47 60 00 / 10

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LOUHIBI Mohammed Age :

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

Nature de la maladie : Trouble anxieux

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) : [Signature]

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
6/7/20	C3N5		400	Dr. Abdellah ZAKAOUI Dentiste - Casablanca Tél: 05 22 47 60 00 / 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Abdellah ZAKAOUI Dentiste - Casablanca Tél: 05 22 47 60 00 / 10	06/07/2020	753,30

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 canalaire, ainsi que le bilan

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

الدكتور عبد الله مامو Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE
D.U. D'Angers
en expertise médicale
Ex. attaché des Hôpitaux de paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية و النفسية
حائز من جامعة أنجي على دبلوم
الخبرة الطبية
ملحق سابق بمستشفيات باريس
طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 6.07.20 الدار البيضاء في

7- Douitizi 7chame

83.70x9

- Deroxer

1/2 up le soir

- Alfor 0.5

1/2 up le soir

Alperit 57

T. 753.30

Dr. Abdellah MAMOU
Neuro - psychiatre
38, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 47 60 00 / 10

Durée de Traitement 2 mois

R.D.V. le 07/09/20

à 15h

- Juvenine x 2
2 gel li mel.

- Arealion 200
2. 2. 0 x 15j

DEROXAT
Paroxétine
Comprimé pelliculé

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 611172

118001140237

DEROXAT
Paroxétine
Comprimé pelliculé

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 626210

118001140237

Médicament autorisé n° 34009

DEROXAT
Paroxétine
Comprimé pelliculé sécable

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 611172

118001140237

Médicament autorisé n° 34009335.5385

DEROXAT
Paroxétine
Comprimé pelliculé sécable

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 617480

118001140237

Médicament autorisé n° 34009335.5385

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 632804

118001140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 632804

118001140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 644244

118001140237

Voie orale.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance

**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**



Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
- âge de procréer, et sans
- contraception efficace
- la femme enceinte
- sauf en l'absence d'alternative
- thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83.70 DH

ID : 617480

118001140237

DEROXAT
20 mg
Comprimé pelliculé sécable