

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 canaux, 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 canaux.

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

DECLARATION DE MALADIE

N° W19-529825

nr8 = 28601

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4178 Société : Dan
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : EXAMIRI MOURAFA
Date de naissance : 21/09/1955
Adresse : 37, Rue TIGUIT - Ras SANA
Tél : 0661 2042 38 CIL Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Othman LORAB
Psychiatre - Psychothérapeute
I.N.P.E : 091191544
I.C.E : 001764832000010
33, Rue Hajib Mahfoud - Casablanca
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37
Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : EXAMIRI MOURAFA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Trouble bipolaire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie ayant 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) : /

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 FAKRI et Rue Allal Ben Abdellah - Q. Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LC) - 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 M. attestant le Paiement des A.
03/03/2020	CONS.	01	350,00	INP : <input type="text"/>

Dr. Othman LAHRI
 Psychiatre - Psychologue
 I.N.P.E. : 091 915 41 41
 I.C.E. : 001764332000010
 33, Rue Habib Mahjoub - Casablanca
 Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 48 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/2020	303,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																																					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>H</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> 05533+12 00900000 06000000 05533-411 </td> <td> 01433152 00000000 00000000 11433153 </td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H				D	05533+12 00900000 06000000 05533-411	01433152 00000000 00000000 11433153	G	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																																																																																								
H																																																																																																							
D	05533+12 00900000 06000000 05533-411	01433152 00000000 00000000 11433153	G																																																																																																				
B																																																																																																							
	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	<input type="text"/>																																																																																																					
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	<input type="text"/>																																																																																																					

N. GHATRI Rostafa,

280. x2

x/ Dulolpi 60g (S.V) 130659

01 gélule par jour pendant 60 jours

160. x2

x/ Dulolpi 30g (S.V) 130660

01 gélule par jour pendant 60 jours

23.10

3/ LYSANXA 10g (S.V) 130661

01 gélule le soir pendant 20 jours

puis 1/2 gélule le soir pendant 10 jours

puis 1/4 gélule le soir pendant 10 jours puis arrêt.

303.10

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Dr. LORABI
Psychiatre - Psychothérapeute
I.N.P.E. : 091191544
I.C.E. : 00176483200010
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37



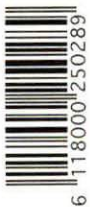


احترم الكمية الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Délivrance uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lysanxia® 10_{mg} ○

40 comprimés



Laboratoires Pfizer S.A.
0,5 km, Route de Oualidia - El Jadida
® Marque déposée
N° ADSP : 10/DMP/21/NCF

UT. AV : 0 1022

P.P.V

LOT N° : 7 575

23,70

ديلوفي® 60 مغ ٨٥٨٥٨٤®

ديلوكسيتين

LOT: B005802A
PER: MAR 2021
PPV: 280 DH 00

DULOPHI® 60 mg
30 Gélules



30 برشامات
مقاومة للعصارة المعدية



معهد الصيدلة

Duloxetine

DULOPHI® 60 mg