

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.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-582779

57792

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3153 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ALI JDAIR

Date de naissance : 1952

Adresse : CHT OUKA AIT BAHJA BELFA

Tél. : 0668 14 0795 Total des frais engagés : DR 300 FAR 373,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2020

Nom et prénom du malade : Jdaïr Ali Age : 68 ANS

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 : WIGANE Le : 20/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Dr. Malika NATIX Bd. Imam Boukhari N° 274 Ouhalla - Tél: 05 28 27 85 25 042056143	20/11/20	369,00

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

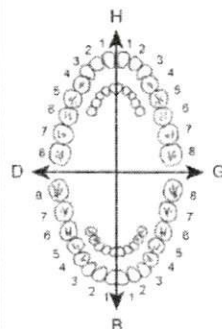
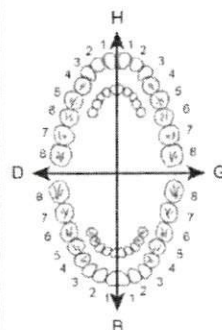
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUBELLAHCENE Abdallah

Psychiatre - Psychothérapeute

Adulte et Enfant

Ancien Psychiatre de l'Hôpital

Sainte-Anne - Paris

Ex Chef des services de psychiatrie
des Hôpitaux d'Inezgane et de Taroudant

الدكتور أبلحسن عبد الله

طبيب نفسي للبالغين والأطفال

طبيب نفسي سابق بمستشفى

سانت آن باريس

رئيس سابق لأقسام الأمراض النفسية

بمستشفيات إنزكان وتارودانت



Inezgane, le :

120 NOV 2020

130,20

① Trezen 20 mg

37,00 x 2

② Alproz 1mg

PHARMACIE TILILA
Dr. Malika NATIK
Bd. Imam Boukhari N° 274
INEZGANE - Tél: 05 28 27 05 25

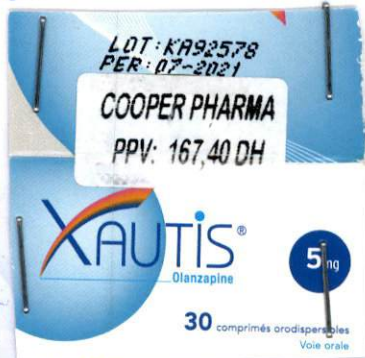
③ XAUTIS

5 mg

PHARMACIE TILILA
Dr. Malika NATIK
Bd. Imam Boukhari N° 274
INEZGANE - Tél: 05 28 27 05 25

369,00

الدكتور أبلحسن عبد الله
طبيب نفسي
OUBELLAHCENE Abdallah
Psychiatre - Psychothérapeute
Bd. Imam Boukhari N° 274
Imm Annakhil N° 13 Av des FAR
INEZGANE



عمارة النخيل رقم 13 شارع الجيش الملكي - إنزكان

Immeuble ANNAKHIL N° 13 Avenue des FAR - INEZGANE

الهاتف : 05 28 33 09 33

Alprazolam

Alprazolam



LOT 200907 1
EXP 04 2023
PPV 35.70

35,70

Alprazolam

Alprazolam



LOT 200907 1
EXP 04 2023
PPV 35.70

35,70

TRE-ZEN

Chlorhydrate de paroxétine

bottu^{sa}

#12, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Calamianca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV

PER

LOT

130DH20

02/22

J447

130,20