

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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des services 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 ACD :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-09 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS Centre Ala Ben Abdelouahab 1^{er} étage Ang. Rue Mohamed Fakir et Rue Ala Ben Abdelouahab - Quartier El Houda - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 78 45 45 - Fax : 05 22 78 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-651916

97647

Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

03076

Société

RAIM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

ABDELMAJID

Date de naissance :

05/03/53

Adresse :

BALADIA RUE MY DRISS 166
SAS ABLANCA

Tél :

0663304821

Total des frais engagés :

970,90 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

DR. A. TAHRI JOUTE
NEURO - PSYCHIATRE
124, Bd. Rahal El Mekini
31.08.15/31.07.02 - CARR

Date de consultation :

27 OCT 2021

Nom et prénom du malade :

ABDELMAJID Amina

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection neuro

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 :

CASABLANCA

Le :

26/11/2021

Signature :

l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
27 Oct 2021	C3 rbsy	4000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/2021	57095

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNF :												
				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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			H	25533412	21433553	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433553														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				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

Docteur A. TAHRI - JOUTEI

LAUREAT DE LA FACULTE DE
MEDECINE
DE BORDEAUX

SPECIALISTE
DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX
NEURO-PSYCHIATRE

ELECTRO - ENCEPHALOGRAPHIE

SUR RENDEZ-VOUS

ICE : 001626736000019

INP : 091132480

Casablanca, le

27 Oct 2021

الدكتور الطاهري جوتي عبد الرفيق

خريج بامتياز بكلية الطب

ببوردو

اختصاصي في أمراض الرأس وأمراض

النفسية والعقلية والأعصاب

التخطيط الكهربائي للرأس

الزيارة بالموعد

EDDAHBI

Amine

Traitement à suivre régulièrement
et à renouveler selon les besoins
pendant une période de 60j

(9300x3)

Ame frunt 7j

(3570x3) 1/2 - 0 - 1/2

Alpaz 0,5 (ALPAZ 0,5)

(3290x3) 1/2 - 1/2 - 1/2

Dagmabl 10

8610

Tegredal CR 200

0 - 0 - 1/2

57090

DR. A. TAHRI JOUTEI
NEURO - PSYCHIATRE
124, Bd. Rahal El Meskini
☎ : 31.98.15/31.87.02 - CASA

Target 2x

0 - 0 - 1/2

*

LOT 211955 1
EXP 07 2024
PPV 35.70
35,70



LOT 211951 1
EXP 07 2024
PPV 35.70
35,70



LOT 211951 1
EXP 07 2024
PPV 35.70
35,70



6 118001 030
Anafranil® SR
20 comprimés pelliculés s
PPV : 93.00 DH



6 118001 030
Anafranil® SR
20 comprimés pelliculés s
PPV : 93.00 DH



6 118001 030 71
Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH



Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables
6 118000 0205



Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables
6 118000 020530



Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables
6 118000 020530



LOT 211E002
FER: 02 2024
Dogmatil 50
20 Gélules
P.P.V. : 32DH90
6 118000 061



LOT 211E002
FER: 02 2024
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V. : 32DH90
6 118000 061



LOT 211E002
FER: 02 2024
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V. : 32DH90
6 118000 061193



6 118001 030330
TEGRETOL® CR 200 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 86.10 DH

