

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13258

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETTALBI SOPHIA

Date de naissance : 21/10/61/1989

Adresse : Rue Mohamed El Hayami, N°8, Résidence Flâneur

Apt 26, Casablanca

Tél. : 06 2624 5185

Total des frais engagés : 638,60 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/2022

Nom et prénom du malade : ETTALBI SOPHIA

Age : 33

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ophtalmie

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 : 17/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : ETTALBI SOPHIA



RELEVE 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
17/01/2022			6000 Dhs	INP : 03111912111

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

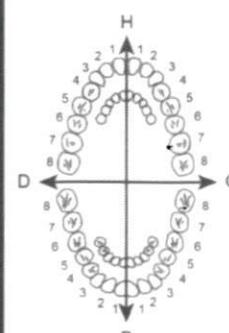
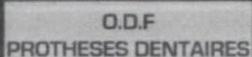
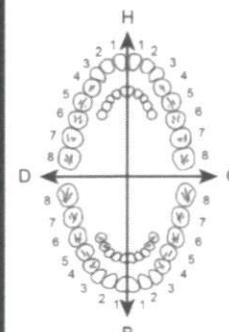
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

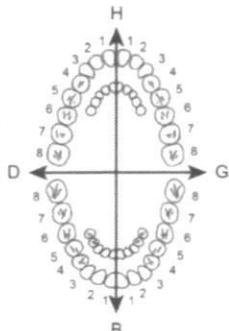
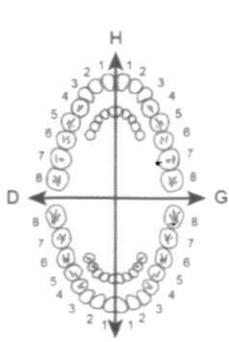
VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	DEBUT TRAVAUX															
	MONTANTS DES SOINS															
	DEBUT D'EXECUTION															
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		FIN D'EXECUTION	
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D																
00000000																
35533411																
11433553																
COEFFICIENT DES TRAVAUX																
MONTANTS DES SOINS																
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																

ORDONNANCE

17/09/2022

178,80

①

Inidep 100 mg.

1-0-0.

36,70

②

Andial 6 mg

0-0-1.

23,10

③

Lysanoxia cp 10 mg

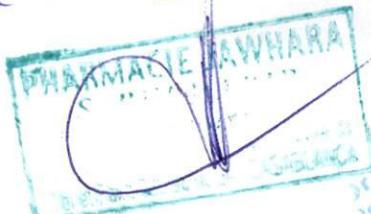
0-0-1/2

et de 1 mois



238,60

Rov 22J.



Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
22, Bd Brahim Roudani, Appartement N°13
Résidence Azaghār, Casablanca

Composition : Sertraline (S2).
Sous forme de chlorhydrate de sertraline ... 111,90 mg.
Excipients : 43,0 p.
Pour plus d'informations, consultez la notice internet.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Aucune condition particulière de conservation.
A conserver dans son emballage d'origine.
AMM N°476/17 DMP/21/NNP

ال التركيب : سيرتالين (S2) 100 mg.
على شكل كلوريد سيرتالين 111,90 مع
المواد الداعمة : 43,0 p.
تحفظ في درجة حرارة من 15°C إلى 30°C.
بعد انتهاء الصلاحية لا يزيد عن 30°C.
بعد انتهاء الصلاحية لا يزيد عن 30°C.

Inidep®

Chlorhydrate de sertraline

100
mg

Voie Orale



Chlorhydrate de sertraline

Inidep® 100 mg

04/18



Tablette A 30 mm

Fabriqué et distribué par Zenithpharma
96, Zone Industrielle Basta, Tizioune, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUJAMDI, Pharmacien Responsable



(78x56x23) mm

انيديب®
كوفوجيدرات السيرتالين
عن طريق الفم

178,80

30
قورصا
مقطعة

Inidep® 100 mg

Chlorhydrate de sertraline



6 18000-331858