

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'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

M22- N° 002906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15.79 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Berrada Al Lam-Slam 1955.2.5.04

Date de naissance : 1955.2.5.04

Adresse : Dar Bouazzza B.P.R Kouch

Tél. 06.64.34.10.93 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Elhame SLASSI
Professeur de neurologie
3^e Rue Hassan Hay Ham
Casablanca - Tel: 05 22 89 10 84
INPE: 91032458

Date de consultation : 21.06.2022

Nom et prénom du malade : Berrada Al Lam-Slam Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sequelles d'AVC

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
21/06	CS		500.dh	
22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/22	1039,10

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

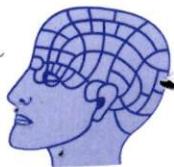
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca, le 21/06/2022

MR BERRADA-ALLAM JAMAL

~~98,30 x 2 = 196,60~~ ~~20314~~

- Athymil 30 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, soir, pendant 6 mois

~~201,00~~

- Zoloft 50 mg - gélule
1 Gélule, matin, pendant 6 mois

~~38,70 x 4 = 152,80~~ ~~20315~~

- Alpraz 05 mg - comprimé
1/2 Comprimé, soir, pendant 6 mois

- Stimol 1 g/10 ml - solution buvable
1 dose, matin, midi, pendant 6 mois

~~234,00 x 2 = 468,00~~ ~~20316~~

- Inexium 20 mg - comprimé gastrorésistant
2 sachets, soir, pendant 6 mois

~~12~~

- D-cure forte - solution huileuse buvable
1 dose, tout les 15 jours, pendant 6 mois

~~R~~

- Inexium 40 mg - comprimé gastrorésistant
1 Comprimé, pendant 6 mois

~~30,70~~ ~~20317~~

- Kardeic 75 mg - poudre en sachet
1 dose, midi, après les repas, pendant 6 mois

~~1039,10~~



0,5mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alpraz[®]
Alprazolam

سوطاما
Sotema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
AVANT APRÈS			



35,70

35,70



0,5mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alpraz[®]
Alprazolam

سوطاما
Sotema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
AVANT APRÈS			



35,70

35,70



0,5mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alprazolam
Alprazolam

سوطاما
Sotema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
AVANT APRÈS			



35,70

35,70



0,5mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alprazolam
Alprazolam

سوطاما
Sotema

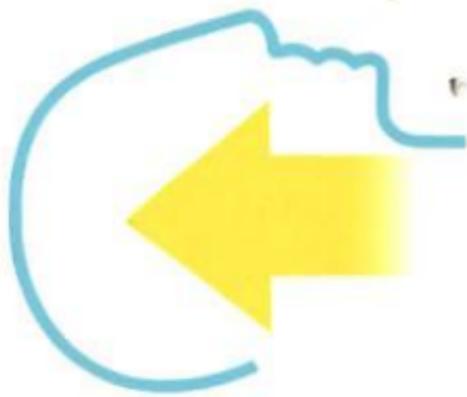
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
AVANT APRÈS			



35,70

35,70





Zoloft® 50 mg

60 GELULES



زنفولوفنت
سيبراللين
50 mg



60 كبسولة

UT . AV :

P.P.V

LOT N° :

20190

ATHYML® 30 mg

Chlorhydrate de miamsérine

20 Comprimés pelliculés sécables

Voie Orale

A conserver à une température ne
dépassant pas 25 °C
Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants.

98,30

AMM N° 569R1/18 DMP/21/NRQ

ATHYML® 30 mg

Chlorhydrate de miamsérine

20 Comprimés pelliculés sécables

Voie Orale

A conserver à une température ne
dépassant pas 25 °C
Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants.

98,30

AMM N° 569R1/18 DMP/21/NRQ