

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

- 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 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

N° W21-713194

128638

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5118 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDELKRIM EL FILALI

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse : YOUSSEF APT 19 JANE CALIFORNIE

Tél. : 0669650503

Total des frais engagés : 1682,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/07/22

Nom et prénom du malade : Age : 56 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection psychologique

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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
14/02/22	CS		7500 DH ±	INF : 09/26/083 Dr. KAHLAOU MOHAMMED Psychiatre Psychothérapeute-Addictologue tel: 77 47 14 17/06 97 97 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAK 16-18 Rue 3 Addiar Al Jadida InChock-Casa-022-507319	14/02/22	1682,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

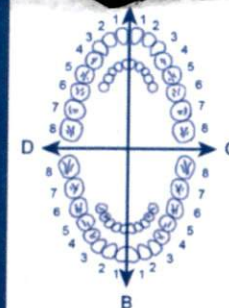
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

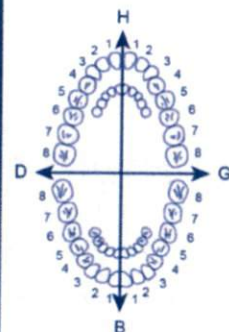
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Dr. KAHLAOUI Mohammed

Médecin psychiatre de l'Adulte,
de l'adolescent et du sujet âgé

Spécialiste en Addictologie

Psychothérapeute

Thérapie Cognitive et Comportementale

Thérapie Interpersonnelle

Psychologie positive



د. محمد كحلوي

طبيب اختصاصي في الأمراض
النفسية والعصبية

اختصاصي في طب الإدمان
معالج نفسي

العلاج السلوكي المعرفي

العلاج الين شخصي

علم النفس

ORDONNANCE

M^r Walid Benabdellhim Casablanca le 14/07/2022
Filaoui

① Fluoxet 20mg 180,00
0,2 - 0,5 100



② lamictal 25mg ou 15max 25mg -
03 - 00 - 00



133,70
x4
68,00

tit de 3mg

Psychopharmacologie-Addictologie
Tel: 05 22 87 14 17/06 97 97 97 61
Dr. KAHLAOUI MOHAMMED
Médecin Psychiatre

PHAR
16-182
UnChock

ADDIAR
Al Jadida
02-50.75.19

PHARMACIE ADDIAR
15-18 Rue Addia Al Jadida
UnChock-Casa-022-50.75.19

293, شارع عبد المومن عمارة مرجانة الطابق 3 رقم 1 - الدار البيضاء

293, Bd Abdelmoumen, Imm. Morjana 3^{ème} Etage N°1 - Casablanca

☎ 05 22 86 14 17 - 06 97 97 97 61 - 06 60 89 16 89 ☎ kahlouï.med5@gmail.com

SYNNAX® — Lamotrigine

25 mg
Voie orale

Comprimés 30 x 5

COOPER PHARM

DURÉE
 MATIN
 MIDI
 SOIR

LOT: PA10376
 PER: 03-2023
 PPV: 68,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

LOT: PA10385
 PER: 03-2023
 PPV: 133,70DH

LOT: PA10385
 PER: 03-2023
 PPV: 133,70DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

LOT: PA10385
 PER: 03-2023
 PPV: 133,70DH

LOT: PA10385
 PER: 03-2023
 PPV: 133,70DH

LOT: 212976
 EXP: 12 2024
 PPV: 180.00

LOT: 2131
 EXP: 12 2020
 PPV: 180.

LOT: PA10381
 PER: 03-2023
 PPV: 68,00DH

LOT: 220312
 EXP: 01 2025
 PPV: 180.00

LOT: 213142
 EXP: 12 2024
 PPV: 180.00

LOT: 221501
 EXP: 06 2025
 PPV: 180.00

212976
 12 2024
 00.081