

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

- 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

M22- 0009973

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R.M. 202 Société : Esc / Rabat
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 143712
 Nom & Prénom : EL HADDAD M. BAREK
 Date de naissance : 1925
 Adresse : Secteur 4 B rue EL AZHAR N° 247 T. briguette
 Tél : 06 64 59 14 33 Total des frais engagés : 2546,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. AZEROUAL Zahra

Cachet du médecin :
 Médecin Spécialiste en Psychiatrie
 INPE : 101264810
 Tél : 05 30 00 06 13
 Date de consultation : 02 / 01 / 2023
 Nom et prénom du malade : EL HADDAD M. BAREK Age : 98
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Trouble anxieux
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : 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 : Sule Le : 05 / 01 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : EL

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
02 JAN. 2023	CJ		*3050H*	Dr. AZEROUAL ZAKARIA Médecin Spécialiste en Psychiatrie INPE : 1012073970 Tél : 05 30 80 00 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية المعمورة PHARMACIE LA MAMORA Dr. Zakaria BENTAHAR Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13 Salé, Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87 INPE: 102073970	02/01/2023	2246,90

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 :

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

PPV: 39DH80
PER: 05/25
LOT: L1663

PPV: 39DH80
PER: 09/25
LOT: L2655

PPV: 39DH80
PER: 09/25
LOT: L2832

PPV: 39DH80
PER: 03/25
LOT: L1162

MEDIZAPIN[®] 5mg
30 comprimés

Laroxyl[®] 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml
6 118001 040407

Laroxyl[®] 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml
6 118001 040407

Laroxyl[®] 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml
6 118001 040407

Laroxyl[®] 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml
6 118001 040407

PER: 167 DH 40
6 118001 150946

MEDIZAPIN[®] 5mg
30 comprimés
LOT: 044
PER: JUN 2024
PPV: 167 DH 40
6 118001 150946

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
6 118000 012368

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
6 118000 012368

ORDONNANCE
02 JAN. 2023
Slaoui

MEDIZAPIN[®] 5mg
30 comprimés
LOT: 041
PER: AOUT 2024
PPV: 167 DH 40
6 118001 150946

M^{rs} EL KADDAD MBAREH

① Medizapin 05mg
 $3 \times 167,40 = 502,20$

② Fluoxet 2mg
 $3 \times 180,00 = 540,00$

③ Laroxyl gto:
 $4 \times 39,80 = 159,20$

④ Dozyl 05mg
 $3 \times 284,00 = 852,00$

⑤ Temesta 1mg
 $3 \times 41,50 = 124,50$

⑥ Imovane 7,5mg
 $3 \times 284,00 = 852,00$

⑦ Imovane 7,5mg
 $3 \times 284,00 = 852,00$

⑧ Imovane 7,5mg
 $3 \times 284,00 = 852,00$

Durée de traitement : 3 mois

Prochain RDV : T=2246,90

Pharmacie BEN MAMOUR
Secteur 4, Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue
Slaoui, Tabouret - Tel: +212-530 00 06 12

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue
Slaoui, Tabouret - Tel: +212-530 00 06 12

TEMESTA 1MG
CP SEC 850
P.P.V.: 23DH00
6 118000 011569

TEMESTA 1MG
CP SEC 850
P.P.V.: 23DH00
6 118000 011569

TEMESTA 1MG
CP SEC 850
P.P.V.: 23DH00
6 118000 011569

Fluoxet[®] 20 mg
30 gélules
PPV: 180,00
6 118000 021681

Fluoxet[®] 20 mg
30 gélules
XP: 05 2025
PV: 180,00
6 118000 021681

Fluoxet[®] 20 mg
30 gélules
PPV: 180,00
6 118000 021681

DOZYL 5mg
Donépézil
6 118000 041795

DOZYL 5mg
Donépézil
PPV: 284DH00
PER: 08/24
6 118000 041795

DOZYL 5mg
Donépézil
PPV: 284DH00
PER: 08/24
6 118000 041795