

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- 0051664

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0011649 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EZZAHER ZAKARIA
Date de naissance : 02-09-1976
Adresse : 17 Rue des Français, Appt 11 Roches Noires
Casablanca
Tél. : 06 18 02 43 92 Total des frais engagés : 1278,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 23/06/2023
Nom et prénom du malade : Oubachi Asmaa Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection psychiatrique
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) :

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
23-26 2023	C.S		400 DH	<p>Docteur Abdelhak Psychologue Boulevard Taza Imm 3 Etage CASABLANCA Tél : 05 22 21 08 84</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ABDELALI S.S. KAKAOUNI Nait II Abdellah Nait II 05 22 21 08 84</p>	23/6/23	878,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

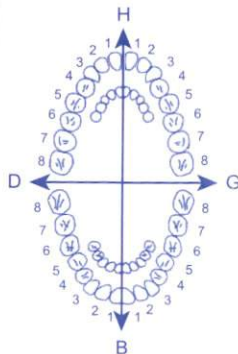
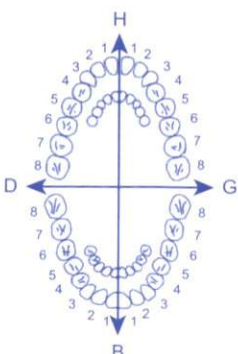
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur AFAF SAGHRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

- Diplômée en Thérapie cognitive Comportementale
- Diplômée en Addictologie
- Diplômée en Psychogériatrie
- Diplômée en Pédiopsychiatrie



الدكتورة عفاف صغرناني

إختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

- أخصائية في العلاج المعرفي السلوكي
- أخصائية في علاج الإدمان
- أخصائية في علاج الاضطرابات النفسية للمسنين
- أخصائية في الطب النفسي للأطفال والمراهقين

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebââ 20250 - Casablanca

DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30

P.P.V. : 113DH30



Casablanca, le 23/06/2023 في الدار البيضاء

ROY. 21.07.2023

Asmaa

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebââ 20250 - Casablanca

DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30

P.P.V. : 113DH30



AMM N° 58/21/NMAJ/DMP/VHA/18

PPV : 359,00 Dhs

293.00

1) Prisdal 4mg

359.00

2) gabap 10g

113.30x2

3) Depakine 500ch

878.60

tranche de un mois

PRISDAL

Risperidone LOT:0300930

4 mg EXP 02/26
PPV 293DH0J

30 comprimés pelliculé

Docteur AFAF SAGHRANI
Psychiatre - Psychothérapeute

Psychiatre - Psychothérapeute
Boulevard Taza Imm 3, 1er étg, N° 1 Hay Inara 2 (Près de Prefecture de Police Ain chock) - Casablanca
Tel : 0522 87 18 43

شارع تازة عمارة 3 الطابق الأول الرقم 1 حي إنارة 2 (قرب ولاية الأمن عين الشق) - الدار البيضاء
Bd Taza Imm 3, 1er étg, N° 1 Hay Inara 2 (Près de Prefecture de Police Ain chock) - Casablanca
06 44 94 94 95 : المسمول - 05 22 87 18 43 : الهاتف و الفاكس - E-mail : saghraniafaf@gmail.com

Web : www.saghraniafaf.ma