

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0019168

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10926 Société : 173065
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Slacui Safaa
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661343934 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. TAHRI JOUTE
NEURO - PSYCHIATRE
124, Bd. Rahal El Meskini
☎ : 31.98.15/31.87.02 - CASA

Date de consultation : 28 JUL 2023
 Nom et prénom du malade : Slacui Safaa Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

[illegible]

12 8 JUL 2023

C3a1S2

400 PM

UR. A. NEURO - PSYCHIATRE
121, Bd. Rahhal El Markini
CS : 31.98.15/31.87.02 - CAS

[illegible]

ou du Fournisseur

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd, Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: 022-28.57-78

Date 28/07/23

Montant de la Facture
389,10

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre			
AM	PC	IM	IV

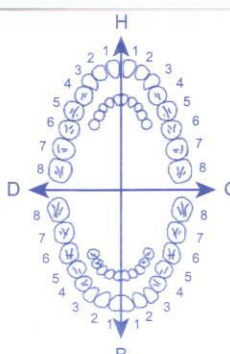
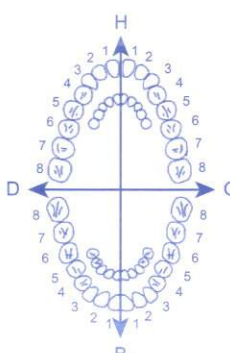
Montant détaillé
des Honoraires

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

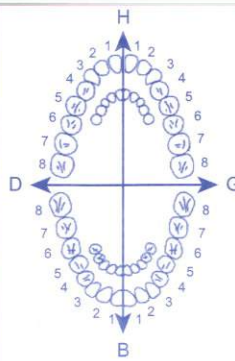
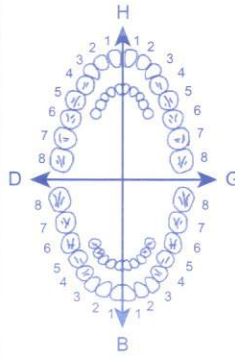
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D—————G</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div> <div>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				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

Docteur A. TAHRI - JOUTEJ

LAUREAT DE LA FACULTE DE
MEDECINE
DE BORDEAUX

SPECIALISTE
DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX
NEURO-PSYCHIATRE

ELECTRO - ENCEPHALOGRAPHIE

SUR RENDEZ-VOUS

ICE : 001626736000019

INP : 091132480

Casablanca, le

28 JUL 2023

الدكتور الطاهري جوتي عبد الرفيح

خريج بامتياز بكلية الطب

بيوردو

اختصاصي في أمراض الرأس وأمراض

النفسية والعقلية والأعصاب

التخطيط الكهربائي للرأس

الزيارة بالموعد

60100

Rephol & Rev

S.V.

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdelatif Ben Kaddour
Tél.: 022.30.54.38

93,00

Anafranil 75

S.V.

129,00

Tu Len 20

S.V.

35,70x3

Alprazolam

S.V.

389,50

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdelatif Ben Kaddour
Tél.: 022.30.54.38

Dr. A. TAHRI JOUTEJ
NEURO-PSYCHIATRE
124, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA

124, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.31.98.15 / 05.22.31.87.02

الهاتف : 05.22.31.98.15 / 05.22.31.87.02

PPV 129DH00
PER 02/25
LOT M478

6 118001 03007 1
Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pellicules sécables
PPV : 93.00 DH

LOT 230070 1
EXP 12 2025
PPV 35.70

LOT 230070 1
EXP 12 2025
PPV 35.70

UNIVERSITY OF ARIZONA
JAMES H. HANSEN
DEPARTMENT OF AGRICULTURE
TUCSON, ARIZONA