

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

19802

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034281

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sakina YAALAOUI
Psychiatre - Psychothérapeute
Tél.: 05 22 25 82 86 / 06 94 41 71 72
ICE : 001896874000014
INPE : 91048744

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0034281

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
26	CV	1	600 OH	
02				
26				

<p>étailé</p> <p>aires</p> <p>PH</p>	<p>Cachet et signature du</p> <p>attestant le Paiement de</p> <p><i>m</i></p> <p>Dr. Sakina YAHIAOUI</p> <p>Psychiatre - Psychologue</p> <p>Tél: 05 22 25 86 / 06 71 72 71 72</p> <p>ICE : 001893046000014</p> <p>INPE : 91048744</p>
--------------------------------------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE HADJ TAZI Dr. TAZI MONA	24/02/24	378,80
Rue Imam, Kasajalan, Habou-		
sablanca - Tel : 05 22 30 53 85		

[illegible][illegible]

10204

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sakina YAALAOUI

Psychiatre, Psychothérapeute
Enfants Adolescents & Adultes



الدكتورة سكيانة يعلوي

طبيبة الأعصاب و معالجة نفسانية
الطب النفسي للأطفال و الكبار

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca le : 24/02/24 : الدار البيضاء في

M^l Zehidy Benohid

224,00

1/ Lamichol 100



N° 202350

0 - 0 - 1/2 x 2 J

pis 0 - 0 - 1 x 2 J

pis 1/2 - 0 - 1 x 2 J

pis 1 - 0 - 1 e suiv.

2/ Olynz 10mg

PHARMACIE HADJ TAZI
Dr. TAZI MONA
101, Rue Imam, Kasalain, Hatic
Casablanca Te 05 22 30 53 81



N° 202351

154,80 0 - 0 - 1

8/ Espinol 100

378,80 0 - 0 - 1/2 a 1 kg e 2 J H

64 de 15 J

Rdv le 09/03/24

Dr. Sakina YAALAOUI
Psychiatre - Psychothérapeute
Tél.: 05 22 25 82 86 / 06 669 903 905
ICE : 001896874000014
INPE : 91048744

92, Bd. Sidi Abderrahmane Rés. Central Park N° 16, 5ème Etage (en face park d'Anfa)

Tél.: 05 22 25 82 86 - 0694 417 172 - 0669 903 905 - Email : syaalaoui@gmail.com

ICE : 001896874000014 - INPE : 91048744

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
ou à croquer

Lamotrigine

Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV: 224,00 DH

6 118001 140800

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

05 2026

06 2023

8LYT

114632

EXP
Mant
101

ACSEV00128-02

08,45v

POLYMÉDIC

ESPERAL®

100 mg

Quétiapine

60

COMPRIMÉS PELLICULÉS

VOIE ORALE

ESPERAL® 100 mg
Quétiapine
60 comprimés pelliculés

60
قرصات
مغطاة

C91603-02