

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0051463

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2270 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : SAAD Nohamud
 Date de naissance : 01-01-1954 (oujda)
 Adresse : Rue 24 n° 15 App. n° 4 Nissini OUFDA / Hay Hassani Casablanca.
 Tél. : 05 22 81 51 25 Total des frais engagés : 1005,40 Dh

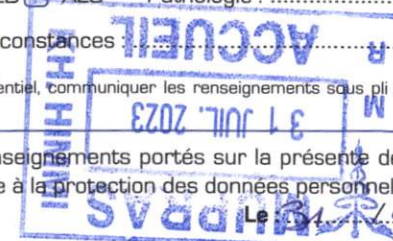
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/06/2023
 Nom et prénom du malade : SAAD MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Trouble de l'humeur
 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 : Casablanca Le 22/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



[illegible]

22/6/23	C3	350DR	Dr. Sarah V. Horton Psychiatric Nurse Acute Psychiatry - Psych Unit Boadicea Wing 7-11: 67 97 73 78 05
---------	----	-------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/23	655,40

9/06/23	655,43
---------	--------

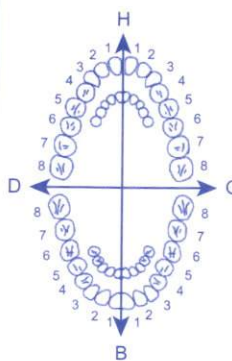
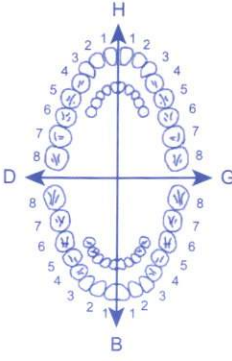
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 11 piers. The piers are numbered 1 through 11, starting from the left and moving clockwise. The piers are arranged in a semi-circle. The bridge is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, 'C' on the right, and 'R' at the bottom. The piers are numbered 1 through 11, starting from the left and moving clockwise. The piers are arranged in a semi-circle.

MONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanaa MAFTOUH
PSYCHIATRE - PSYCHOTHÉRAPEUTE
ADDICTOLOGUE - SEXOLOGUE
PSYCHOGÉRIATRE



الدكتورة سناء مفتوح
إختصاصية في الأمراض النفسية
والعصبية

22/06/2023

N° Saad Mohamed

1/ Amitriptyline 

93,00
x2

1 - 0 - 0

2/ Regretol 

82,70
x2

1 - 0 - 1

3/ Axonyl 

958,00

0 - 0 - 1

4/ Demestyl 

231,00
x2

1 - 1 - 0

PHARMACIE AL-OUARD
S. CHALLAK Pharmacien
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - B.O. 45
Tél : 05 22 90 59 45
Fax : 05 22 90 59 45
ICE : 001547468000057

Dr. Sanaa MAFTOUH
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue - Sexologue
Rue B. Tahir - Etage N° 3 - Casablanca
Tél : 07 47 23 78 05

den mod

Tél. : 06 60 23 78 05 / 07 07 23 78 05 - Email : sanaa.maftouh@hotmail.com

Angle route d'Azemmour et Boulevard Sidi Abderrahmane, Porte B, 3^{ème} étage, N° 3 - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I
- ملحق -

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
- ملحق II - يصرف فقط بموجب وصفة طبية -

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg

Comprimé
pelliculé sécable

PPV : 82.70 DH

PPV : 82.70 DH

Date lim. ut.:

N° lot fab.:

Date lim. ut.:

N° lot fab.:

09 2024

TUW22

TEMESTA 1MG
CP SEC 850
LOT : Z2E002
PER : 09 2024

P.P.V. : 23DH00
6 118000 011569

TEMESTA 1MG
CP SEC 850
LOT : Z2E002
PER : 09 2024

P.P.V. : 23DH00
6 118000 011569

Axonyl[®]

QUÉTIAPINE

30 comprimés pelliculés

Voie orale

300 mg

Samedi 22/07

سوطيما
o.thema

LOT 223253 7

EXP 11 2024

PPV 258.00 DH

Sortée des enfants.
Précautions
à prendre
à l'usage.
Ne pas
donner
à l'enfant.
Ne pas
donner
à l'enfant.

Tenir ce médicament hors de portée des enfants.
Ce médicament ne nécessite pas de précautions
particulières de conservation.

6 118001 03007 1
○ Anafranil[®] SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 118001 03007 1
○ Anafranil[®] SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Date
lim. ut.:
N° lot
fab.:
TDF

Date
lim. ut.:
N° lot
fab.:
TDF

01 2025
TDF43