

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

- 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

N° W19-410626

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246 Société : 1
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YAALADI Mohamed
 Date de naissance : 01/01/1948
 Adresse : 2 rue TAHANAOUT Hay ESSALAM CASABLANCA 20010
 Tél. : 0661144637 Total des frais engagés : 1510,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M. EL ALI
NEUROPSYCHIATRE

Date de consultation : 19/09/2019

Nom et prénom du malade : EL YAALADI Mohamed Age : 71

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

Nature de la maladie : Affection neuropsychiatrique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 OCT. 2019

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 : 19/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

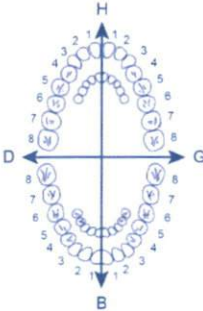
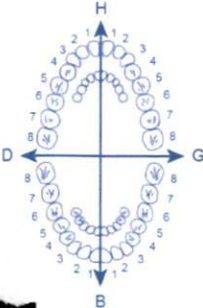
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie du Pharmacien ou du fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie Araucaria 42, Rue d'Ifrane Casablanca | 19/03/2019 | 101950 |

[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 :
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 | INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div><div>G</div></div><div>B</div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | <div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid. El Alj
 Psychiatre - Psychanalyste
 الدكتور العلي
 أخصائي في الأمراض النفسية
 محلل نفسي

Fluoxet® 20 mg

Fluoxétine

30 Gélules

فليوكست 20 ملغ

فليوكستين

30 كبسولة

Casablanca, le

19/09/2019

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI :

18000
x 4

SV

1- FLUOXET 20 MG. GELULES :

1 gélule matin et midi tous les jours.

2350

SV

2- URBANYL 10 MG. CMP. :

½ cmp. le soir

8900
x 3

SV

3- SUPRADYNE BOUST CMP

TRAITEMENT POUR

Supradyn®

boost

activez rapidement
votre énergie
naturelle

PPC: 89.00 DH
CB00038
EXP: 04/2022

PPC: 89.00 DH
CB00038
EXP: 04/2022

PPC: 89.00 DH
CB00038
EXP: 04/2022

Urbanyl 10mg

30 Comprimés
sécables



6 118000 061748

23,50

70, Bd. Zerktouni (en face du marché)

PHARMACIE ARAUCARIA
 Hicham TALI Pharmacien
 42, Rue d'Ifrane Hay Salam
 CIL - Casablanca
 Tél.: 05 22.35 13 05 / 07

LOT 180,00 191140
 EXP 05 2022
 PPV 180,00

180,00
 EXP 03 2022
 PPV 180,00

LOT 180,00 191140
 EXP 05 2022
 PPV 180,00

LOT 180,00 191140
 EXP 05 2022
 PPV 180,00

074429

074430

000 - T