

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

- Reclamation : 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° W19-463939

Pharmacie

31804

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10411

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHLOUF

ASMAA

Date de naissance : 11-06-76

Adresse : 43 Rue Attaboune Maarif

Tél. : 0660993229

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29-01-2020

Nom et prénom du malade : MAHLOUF ASMAA

Age : 44

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Névralgie cervicobasilaire

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 : 25/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-463939

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 : 10411

Nom de l'adhérent(e) : MAHLOUF

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
21.1.26	G-	1	30.0	INP: 141162103 Dr. MELHAQUI Adyl Neurologue Professeur des Universités Supérieur CHU Rabat - Soit 08 89 18 55 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien Pharmacie ACHRAF Rue Souk el - Maat casablanca - Tél : 0522 25 22 09	26/02/2	666,00

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

[illegible]

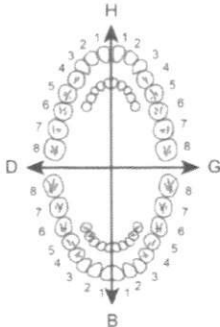
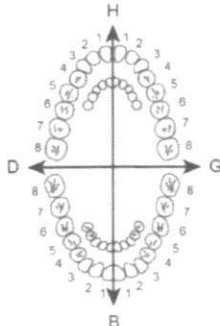
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Unité de Radiochirurgie
Gamma knife perfexion
- Unité de Neuroradiologie
Interventionnelle
- Unité d'Hospitalisation
(Neurochirurgie, Neurologie
Ophtalmologie, ORL)
- Unité de Médecine physique
et de Réhabilitation
- Unité d'Imagerie
-IRM
-Scanner
-Angiographie
- Unité des Blocs Opératoires
- Unité de Réanimation et
Soins Intensifs
- Laboratoire de Biologie
- Laboratoire de
Neuropathologie
- Unité d'Explorations
Fonctionnelles
oto-neuro-ophtalmologiques
- Consultations
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Médecine Physique
 - Ophtalmologie
 - ORL
 - Anesthésie
 - Médecine Interne
 - Endocrinologie
 - Neuroradiologie
 - Neurophysiologie

Rabat, le 26/02/2020

Mme Amina Talhaoui

Pharmacie du Complexe Sportif
 Dr. Kadiri hassani fatima
 63, Rue Mamoun Mohamed
 Casablanca - Tél : 05 22 25 22 88

666, rue

1/ Keffa No →

Λ'S

2 x 28 03

3570

3389554

Madame BARTAL FAITHA
 Pharmacie Acharaf
 Rue Soussane - Madarf
 Casablanca - Tél : 0522 25 22 88

Après 15

2 4 x 2 15/10

Dr. MELHAOUI Adyl
 Neurochirurgien
 Professeur de l'Enseignement Supérieur
 Hôpital de Rabat - Salé
 06 69 19 55 93

المرکز الوطني للترويض و العلوم العصبية مستشفى ابن سینا - ب: 6444 الرباط - معاهد
 الهاتف : 06 69 19 55 93 / الفاكس : (212-537) 77 59 66 / 12

Keppra® 500 mg

comprimés pelliculés
Lévétiracétam

60 comprimés pelliculés

Peel-off label (vignette)



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Site de fabrication:

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
1420 Braine-l'Alleud
BELGIQUE

Titulaire:

GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi Et Rue Abou
Hamed Al Ghazali - Casablanca
MAROC

F A C T U R E

N° : 1190 / 2020 du 28/01/2020

Nom patient MAKHLOUFI ASMAA

Entrée 28/01/2020

PAYANT

Sortie 28/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION NEUROCHIRURGIEN	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00



LOT
EXP
PPV

192020 1
09 2022
35.20

Alpraz[®]

Alprazolam

1 mg



14 Comprimés sécables
Voie orale

3573

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطينما
sothema