

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° W19-439430

48930

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5708 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ADDAKOU HASSAN

Date de naissance : 01/01/1965

Adresse : 08 RUE LE JARDIN, 9 HPX. AP12

CASA 20360

Tél. : 061066260 Total des frais engagés : 949,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Saad IBRAHIM Psychiatrie

Boulevard Ibrahim Roudani, Centre NOV. 2020
Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Etage
Tél: 0522 98 21 98

Date de consultation : 16/11/2020 ACCUEIL

Nom et prénom du malade : ADIL ADDAKOU Age : 55

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

Nature de la maladie : trouble anxieux

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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 20/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : H

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
16/11/20	CP		300	<p>091193862</p> <p>طبيب نفسي</p> <p>Dr. Saâd IBN MOUFTI</p> <p>Boulevard Ibrahim Roudani, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Etage</p> <p>Tel: 0522 98 21 98</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Laila</p> <p>Mme. Saïd Laila</p> <p>Mrs. Rue Resaouf 12, Al Abdelmomen</p> <p>Quartier des Mobilis - Casablanca</p> <p>Tel: 0522 27 65 80</p>	16/11/20	649,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

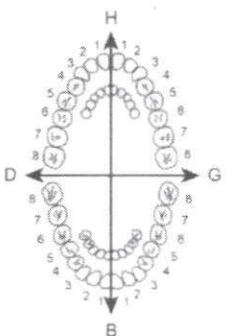
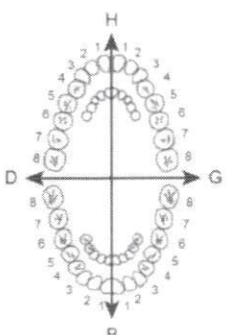
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> </td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr Sâad IBN MOUFTI

Psychiatre

Psychothérapeute

Addictologue



الدكتور سعد ابن المفتي

طبيب أخصائي

في الأمراض النفسية و العقلية

معالج نفسياني

علاج الإدمان

Casablanca, le 16-11-2020

M^{re} ADIL ADDAKOU :

① Derokat 20 mg cp :

8370 x 6
00 ——— 00 ——— 1
2

② ZEPAM 6 mg cp :

3470 x 2
00 ——— 00 ——— 1
4

③ ALIVAR 50 mg gel :

2700 x 6
00 ——— 00 ——— 1

Traitement de 4 mg

الدكتور سعد ابن المفتي
طبيب نفسياني

Docteur Saâd IBN MOUFTI
Psychiatre

Boulevard Ibrahim Roudani, Centre
Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Etage
Tél: 0522 98 21 98

64990

المفتي

الدكتور سعد ابن المفتي
طبيب نفسياني

Docteur Saâd IBN MOUFTI
Psychiatre
Boulevard Ibrahim Roudani, Centre
Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Etage
Tél: 0522 98 21 98

Pharmacie LILAS.M
Mme. SEKAT Laila
1bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelkrim
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél / Fax : 0522 27 65 80

شارع ابراهيم الروداني. المركز التجاري نادية. عمارة 4. الطابق 3 - الدار البيضاء

Boulevard Ibram Roudani, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Étage - Casablanca

Tél. : 05 22 98 21 98 - E-mail : saadmoufti@hotmail.fr

ID: 645439
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
6 118001 140237

114632

ID: 645439
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
6 118001 140237

114632

ID: 645439
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
6 118001 140237

114632

ID: 645439
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
6 118001 140237

114632

ID: 645125
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
6 118001 140237

PPV: 34DH70
PER: 08-23
LOT: J2197

PPV: 34DH70
PER: 09/23
LOT: J2457

27,90
Lot: 1940040
PER: 08/2025
PPV: 27,90 DH

27,90
Lot: 1940040
PER: 08/2025
PPV: 27,90 DH

27,90
Lot: 1940040
PER: 08/2025
PPV: 27,90 DH

27,90
Lot: 1940040
PER: 08/2025
PPV: 27,90 DH

27,90
Lot: 1940040
PER: 08/2025
PPV: 27,90 DH

27,90
Lot: 1940040
PER: 08/2025
PPV: 27,90 DH