

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M20- 0009460

ND: 49386

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 921 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0663139450 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : 30/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....



## SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
DROITE	11 21 12 22 13 14 15 16 17 18	GAUCHE			<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
	23 24 25 26 27 28	HAUT			<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
	48 47 46 45 44 43 42 41 31	BAS	38 37 36 35 34 33		<b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
DROITE	11 21 12 22 13 14 15 16 17 18	GAUCHE		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553
	23 24 25 26 27 28	HAUT			<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
	48 47 46 45 44 43 42 41 31	BAS	38 37 36 35 34 33		<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>
					<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14 /0018579</b>		 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales du Royat Al Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	300 + 1078,50	
<b>Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

P 14 / 18579

**DATE DE DEPOT**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 221		
Nom & Prénom Bougħali Fatima		Signature de l'adhérent		
Fonction Sans	Phones 066343828			
Mail 063199149				
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....			
Nature de la maladie HTA		Date 09 NOV. 2020		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances HTA		Date 1ère visite .....		
Nature des actes ECG	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 200,00		
<b>PHARMACIE</b>		Date 09/11/20		
Montant de la facture 1078,50		Signature du pharmacien		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
		CACHET		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
		CACHET		

**Dr. Saïd CHRAIBI**

Professeur en Cardiologie  
de la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique  
Hypertension artérielle - Echographie Doppler  
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



**الدكتور سعيد الشرابي**

أستاذ في أمراض القلب  
طبيب سابق بمستشفيات جنوب

أخصائي في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهرولطير - الشخص بالجهد

Casablanca le :

09 NOV 2020

97p Benyha ép  
97 Amal y fatu -

119.18  
x 3

ay. Aya Faouzi yung

1 - 0 - 0

240.00  
x 3

af Seroplex

1092663245  
171M112

23 1078.50

Professeur CHRAIBI Said  
CARDIOLOGUE  
Centre Angle Bd. Abdelmoumen  
Boulevard Casablanca  
Tél : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

مركز عبد المؤمن - تقاطع شارع عبد المؤمن وشارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5<sup>th</sup> floor, n° 501 (au dessus du café Le Medina), Casablanca

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 - المستعجلات : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

28 comprimés pelliculés sécables / 28 scored film coated tablets

# Seroplex® 10 mg

## escitalopram

Voie orale / Oral route

DE N° 07/16A 105/381



**Titulaire - Holder / Fabricant - Manufacturer : H. Lundbeck A/S - Copenhagen - Denmark**

DZ-MA-TN-107-22-10-230 SW

Mfg.date:

← Exp.date:

Batch No.:

28 comprimés pelliculés sécables

28 scored film coated tablets

**Seroplex® 10 mg**

### Composition / Formula / Composição:

Escitalopram / Escitaloprama ..... 10,00 mg  
Sous forme d'oxalate d'escitalopram / Corresponding  
to escitalopram oxalate / Na forma de oxalato de  
escitalopram 12,77 mg.

Pour 1 comprimé pelliculé sécable / For one  
film coated scored tablet / Para um comprimido  
seccionável revestido por película.

Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 30°C.

Carefully read the leaflet before use.  
and sight of children.

**Maphar**

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain seba Casablanca

**Seroplex 10mg cp sec b28**

**P.P.V : 240,00 DH**



6 118001 184989

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

**STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES**

**يُحْرَمُ اجْتِرَاعُ الْوَصْفَةِ**

Uniquement sur ordonnance / Liste I

For medical prescription only / List I

يُنْسَرِفُ قَطْطَنْ بِمُوجَبِ وَصَفَّةِ طَبِيعَةِ / لَا تَحْتَأْتِ

28 comprimés pelliculés sécables / 28 scored film coated tablets

# Seroplex® 10 mg

## escitalopram

Voie orale / Oral route

DE N° 07/16A 105/381



**Titulaire - Holder / Fabricant - Manufacturer : H. Lundbeck A/S - Copenhagen - Denmark**

DZ-MA-TN-107-22-10-230 SW

Mfg.date:

← Exp.date:

Batch No.:

28 comprimés pelliculés sécables

28 scored film coated tablets

**Seroplex® 10 mg**

### Composition / Formula / Composição:

Escitalopram / Escitaloprama ..... 10,00 mg  
Sous forme d'oxalate d'escitalopram / Corresponding  
to escitalopram oxalate / Na forma de oxalato de  
escitalopram 12,77 mg.

Pour 1 comprimé pelliculé sécable / For one  
film coated scored tablet / Para um comprimido  
seccionável revestido por película.

Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 30°C.

Carefully read the leaflet before use.  
and sight of children.

**Maphar**

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain seba Casablanca

**Seroplex 10mg cp sec b28**

**P.P.V : 240,00 DH**



6 118001 184989

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

**STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES**

**يجب احترام الجرعة الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance / Liste I

For medical prescription only / List I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لاتحة ا

28 comprimés pelliculés sécables / 28 scored film coated tablets

# Seroplex® 10 mg

## escitalopram

Voie orale / Oral route

DE N° 07/16A 105/381



**Titulaire - Holder / Fabricant - Manufacturer : H. Lundbeck A/S - Copenhagen - Denmark**

DZ-MA-TN-107-22-10-230 SW

Mfg.date:

← Exp.date:

Batch No.:

28 comprimés pelliculés sécables

28 scored film coated tablets

**Seroplex® 10 mg**

### Composition / Formula / Composição:

Escitalopram / Escitaloprama ..... 10,00 mg  
Sous forme d'oxalate d'escitalopram / Corresponding  
to escitalopram oxalate / Na forma de oxalato de  
escitalopram 12,77 mg.

Pour 1 comprimé pelliculé sécable / For one  
film coated scored tablet / Para um comprimido  
seccionável revestido por película.

Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 30°C.

Carefully read the leaflet before use.  
and sight of children.

**Maphar**

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain seba Casablanca

**Seroplex 10mg cp sec b28**

**P.P.V : 240,00 DH**



6 118001 184989

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

**STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES**

**يجب احترام الجرعة الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance / Liste I

For medical prescription only / List I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لاتحة ا





