

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19- 044830

ND: 50918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Adelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue Taha Housine (ex rue galilée)
Tél: 9522 20.70.91/20.61.41

11 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 08 DEC 2020

Nom et prénom du malade : ZOUGGARI Radia 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08 DEC 2020 | | | 300 | Docteur Koudoum 54.91 Neuro-Psychiatre 75, Rue Tahar Koudoum (ex. rue galilée) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE L'ETONDE Leïla Nedira 100, Bd Abdoumoumen Tél: 0522 20.47.70 | 08-12-20 | 10 34,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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

| D | H | G | |
|----------|----------|---|-------------------------|
| | B | | |
| 25533412 | 21433552 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| 00000000 | 00000000 | | MONTANTS DES SOINS |
| 00000000 | 00000000 | | DATE DU DEVIS |
| 35533411 | 11433553 | | DATE DE L'EXECUTION |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطاريد

أخصائي في الأمراض النفسية و العصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le 08 DEC. 2020 الدار البيضاء، في

Zouggari Ro Sh's

128.90x2

1) Zamel w —



14 — — — — —

34.70x3

2) Zepem 6 —



98.30x16 1/2 4 — — — — — 14 6 m

3) Almyril 30 —



41.50x2

4) Juvon 7.5 —



1034.70

hautement poll

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue Taha Houcine (ex.rue galilee)
Tél: 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41

Athymil® 30 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



Athymil® 30 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



200812
06/2023
98.30DH

PPV : 340
PER : 09/2
LOT : J245

Zepam® 6 mg ○
30 comprimés bâtonnets
quadriscabables



PPV : 34DH70
PER : 10/23
LOT : J2934

Zepam® 6 mg ○
30 comprimés bâtonnets
quadriscabables



PPV : 34DH70
PER : 10/23
LOT : J2933



LOT 200813
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



LOT 200811
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



LOT 200811
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



LOT 200811
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



LOT 200812
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

Imovane 7,5 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



Imovane 7,5 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



Panekal® 20 mg ○
Paroxétine
30 Comprimés Pelliculés



128,90

Panekal® 20 mg ○
Paroxétine
30 Comprimés Pelliculés



128,90

41,50

41,50