

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.

Diagnostique 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

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 - 5ème 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- 067641

ND: 51634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2057 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : SLAoui JAWAD

Date de naissance : 22/06/53

Adresse : Résidence Firdous CASABLANCA

Tél : 06 61 33 87 61 Total des frais engagés : 1863,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Noureddine ZEROUALI
Psychiatre
11, Rue Abdou Hassan Askad
Résidence Kenzi 1er Etage App. 1
Quartier des Hôpitaux Casablanca
Tél : 05 22 86 17 31

Date de consultation : 13/12/20

Nom et prénom du malade : M^r SLAoui JAWAD Age :

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

Nature de la maladie : Trouble de l'humeur

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 : 20/07/2020

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
13/07/2022	capst		3500 Hs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.07.2022	1513,80

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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] 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



Dr Nouama ZEROUALI

د. نعمة الزروالي

Psychiatre

Médecin spécialiste
de la santé mentale

Psychothérapeute

Thérapie cognitivo-comportementale

Addictologue

طبيبة أخصائية

في الأمراض النفسية و العقلية

العلاج النفسي

العلاج السلوكي المعرفي

الإدمان

Casablanca Le : 13/07/2020

MR ELALI JAWAD

1) Fluoxet 20 mg gl

180,00 02 gl 2 mat

2) Serenquel 300 mg gl

870,00 01 gl 2 ser

3) Laroxyl gls

20 gls 2 ser

4) Stiluck 12,5 mg gls

14 sucrochén

Durée de traitement : 01 mois

PHARMACIE SIDI ABDELLAH
SIDI ABDELLAH ROUKLA
15, 16 Rue Kerguer
Résidence Ambar - Casablanca
Tél : 022 79 79 01

Dr. Nouama ZEROUALI
Psychiatre
Résidence Kenzi 1er étage, Appt. 1
Quartier des Hôpitaux, Casablanca
Tél : 05 22 86 17 31

Tél. : 05 22 86 17 31

Email : dr.nzerouali@gmail.com

11 زنقة أبو حسن عسكري (لافيزي سابقا)، إقامة كنزي الطابق 1 الشقة 1 الدار البيضاء

11, Rue Abou hassan Askari (ex rue lavoisier), Résidence Kenzi, 1er étage, Appt. 1,

Quartier des Hôpitaux, Casablanca

Fluoxet® 20 mg ○

30 gélules



6 118000 021681

Fluoxet® 20 mg ○

30 gélules



6 118000 021681

SYNTHEMEDIC ○

22 rue scoubair bous al aouam roches
noires casablanca

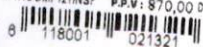
SEROQUEL

300mg

Oprenz

Bolte de 60

271/16 DMP/21/NSF P.P.V: 870,00 DH



6 118001 021321

Laroxyl® 40 mg/ml ○

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407