

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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 - 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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007834

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société : RAM (51721)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JALAL Abdelhak
Date de naissance : 01/10/60
Adresse : Bouchenoug, rue Sg n°9 Casa Maroc
Tél. : 0608158914 Total des frais engagés : 460 + 2110 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade :
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 : Casablanca

Le : 15/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
																			
O.D.F. Prothèses dentaires			Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de																
VOILET ADHERENT NOM : Mle DECLARATION N° <u>W17-110441</u> Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois 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		W17-119141	DATE DE DEPOT <u>2020</u> <u>16/12</u> /201...
A TEMPIR PAR L'ADHERENT Mle <u>3351</u>		Signature de	
Nom & Prénom <u>JAHAL Abd elhakim</u>			
Fonction : <u>contrôleur</u> Phones. <u>06 0815 8914</u>			
Mail : <u>jabal.abd.elhakim@airmaroc.ma</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>YOUSFI ZAKIA</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <u>60</u>		Date <u>02/03/2020</u>	
Nature de la maladie <u>Dépresse</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>			<u>400,00</u>
PHARMACIE		Date <u>02/03/2020</u>	
Montant de la facture		<u>240,00</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Designation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date :		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr Dounia BELGHAZI

Psychiatrie Adulte, Adolescent
Psychothérapie cognitive et comportementale
Addictologie - Tabacologie
Gestion de stress - Insomnie
Méditation - Mindfulness

Psychiatre - psychothérapeute
Anciennement au CHU Ibn Rochd, Casablanca et
CHU Brugmann, Bruxelles (Belgique)



الدكتورة دنيا بالغازي

العلاج النفسي و العقلي
العلاج النفسي المعرفي السلوكي
علاج الإدمان - الإقلاع عن التدخين
تدبير الإجهاد و الأرق
التدريب الذهني
طبيبة نفسية سابقة لمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء
و المستشفى الجامعي بروكسل ،
(بلجيكا)

Casablanca, le : 02/03/2020 : الدار البيضاء، في :

M^{me} Yousfi Zakia

M^{me} Seroplex

240,10

PUTISSA
Angle Place
Casablanca
Tél: 34607220
CN: 93 100 200
100 100 100

100 100

Dr. Dounia Belghazi
Psychiatre psychothérapeute
RdC, Amsterdam Angle av. 2 mars et rue Amsterdam
Tél: 05 22 86 22 07

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 / Escitaloprama10,00 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.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES

يجب احترام الجرعة الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Liste I
For medical prescription only / List I

يُصرف فقط بموجـب وصفة طبية/لائحة I

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.

Read before use.
and sight of children.

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Seroplex 10mg cp séc b28
P.P.V : 240,00 DH

6 116001 184989