

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Artif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 66 42 84 34

Total des frais engagés : Dhs

Société :

ROYAL AIR MAROC

POLITAIES PATINA ZAHRA

196 E ZOUBIR OULFA

CASA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE 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
30/07/2022			GRATUIT	INP :  DOCTEUR K EL ALI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

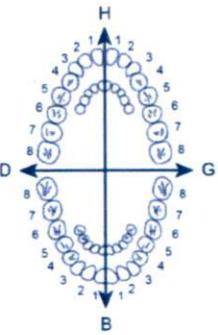
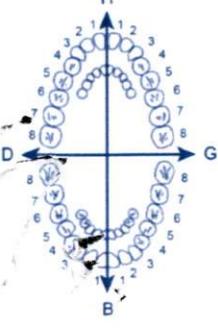
ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du praticien Psychothérapeute	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
Psychologue I.F. 37736454	Soins	AM	PC	IM
Abdes salam Bana				
ICE : 082370255000029				
IMANE RABIC				
Psychomotricienne				
Tel +212 649217755				

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">25533412 00000000 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	H	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 11433553	D	00000000	00000000	B	35533411	
H	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 11433553								
D	00000000	00000000								
B	35533411									
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>									
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>										

DEMANDE DE DEROGATION

Code :PM2FR01

Version :01

Date :15/06/2022

J ai signé(e), Nom : BOUTAIB Prénom : FATIMA ZAHRA Matricule : 11800 Numéro de feuille de soins : W21-775941		أنا الموقّع ة (أسفله) الاسم العائلي: الاسم الشخصي: رقم التسجيل: رقم ورقة التغويض عن المرض:
Motif dérogation : <i>Je vous informe que je ne savais pas que je devais solliciter votre accord après le changement du Médecin. Avec mes remerciements.</i>		سبب الطلب:
Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur : <ul style="list-style-type: none"> • ARTICLE 23.1 (accord préalable) <p>L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ; • Les séjours en maison de repos ; • Les interventions chirurgicales ; • Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ; • L'orthopédie ; • La rééducation ; • Les cures thermales ; • La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ; • La procréation ; • Les lentilles optiques ; • Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ; • Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ; • Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affectation Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical. <ul style="list-style-type: none"> • ARTICLE 25 (feuille de soins maladie) <p>Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.</p>		اقر باتني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة <ul style="list-style-type: none"> • المادة 23.1.(طلب الموافقة قبلية) <p>من الواجب على المنخرط طلب الموافقة قبلية بموجب وصف طبي في الحالات التالية:</p> <p>الاستشفاء في المغرب او خارج المغرب في العيادة، المستشفى او المرافق الصحية</p> <p>الاستشفاء في المنزل</p> <p>لتدخلات الجراحية</p> <p>تركيب وتقويم الاسنان للفكين</p> <p>طب العظام</p> <p>الترويض الطبي</p> <p>العلاج الحراري.</p> <p>علم امراض النطق والامراض النفسية.</p> <p>الانجاب</p> <p>العدسات البصرية.</p> <p>رعاية المعاين جسدياً وعائلاً.</p> <p>التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتركرة في عدة حصص التي تشمل تدخل او اكثر في إطار وقت محدد.</p> <p>أمراض الورم، امراض الدم، الصيدلة والامراض المزمنة التعاضدية تتولى تسديد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرفقة الطبية</p> <ul style="list-style-type: none"> • المادة 25 (ورقة التغويض عن المرض) <p> يتم تحديد صلاحيتها بـ 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تغويض</p>

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : **24/11/2022**

في التاريخ

A : ..**CASA**.....

في

Signature (**lu et approuvé***)

التوقيع

lu et Approuvé
E



MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 09-08 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية.

*La mention **lu et approuvé** est obligatoire pour l'étude du dossier

Le : 21/12/2022

FACTURE

Enfant : SAMIT MOHAMED RIAD

Objet : Prise en charge pluridisciplinaire

Prestation	Quantité	Prix unitaire (DH)	Total (DH)
Psychologie	30	300	9000
Orthophonie	30	200	6000
Psychomotricité	30	200	6000
Total à payer			21000

Total global à payer : 21000DH (vingt et un mille dirhams)

*PF Abdessamad Bana
Psychologue - Psychothérapeute
I.F. : 7736464
ICE : 00370255000029*

MANE AABID
Psychomotricienne
Tél: +212 649217755

*HAJAR ADDI
Orthophoniste
Gsm: 0677-890123*

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلج

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفساني

Casablanca, le

30/03/2018
Dr KHALID EL ALJ
Tél: 06 15 640 140 - Casablanca
70, Bd Zerkouni Appart 8
Médecin Psychiatre

Cher (e) collègue,

Prière de bien vouloir prendre en psychothérapie
~~Saint... Abdellah Nsir... 30~~ séances à raison de deux
séances par semaine, renouvelable en cas de besoin.

Confraternellement

Dr KHALID EL ALJ
Tél: 06 15 640 140 - Casablanca
70, Bd Zerkouni Appart 8
Médecin Psychiatre

Portable du Cabinet : 06 15 640 140

Docteur Khalid El Ali

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلی

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفسي

Casablanca, le

30/09/2022

Cher (e) collègue,

Prière de bien vouloir prendre en rééducation psychomotrice
5 séances par semaine... séances à raison de deux
séances par semaine, renouvelable en cas de besoin.

Confraternellement

Docteur K. EL ALI
Tél.: 06 15 640 140 - Casablanca
Appartement 8
N° 14 Bd Zerkouni - Casablanca
Portable du Cabinet : 06 15 640 140

Portable du Cabinet : 06 15 640 140

70, Bd. Zerkouni (en face du marché des fleurs) - App. 8 - 3ème Etage - Casablanca 20 000 - Tél. : 05 22.22.23.31 / 05 22.47.25.85
I.C.E. : 001933335000020 - INPE : 91047001

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلوج

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفسي

Casablanca, le

30/09/2022

Cher (e) collègue,

Prière de bien vouloir prendre en rééducation orthophonique l'enfant Saïnat Noha Skriad 30 séances à raison de deux séances par semaine, renouvelable en cas de besoin.

Confraternellement

70 Bd Zerkouni Casablanca
Tél. : 06 15 640 140 - 05 22.22.23.31 / 05 22.47.25.85
I.C.E.: 001933335000020 - INPE : 91047001
Docteur K. EL ALJ

Portable du Cabinet : 06 15 640 140