

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 ayant 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.



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

Déclaration de Maladie

My PPV

N° W21-774681

144056

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : | |
| Matricule : 129355 | | RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | |
| Nom & Prénom : A. mass CHIKI | | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Date de naissance : 23/09/1988 | | | |
| Adresse : 10th Almaz, Rue 2, N°10 Casablanca | | | |
| Tél. : | | Total des frais engagés : | |
| | | Dhs | |

Autorisation CNOP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Soumia BERRADA
Psychiatre - Psychothérapeute
24, Bc. 8227 Mansour
24, Bc. 8227 Mansour
2ème étage Appart. 2294 59 59

Date de consultation : 17/11/2022

Nom et prénom du malade : Chiki Anass

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Affect. psychiatrique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

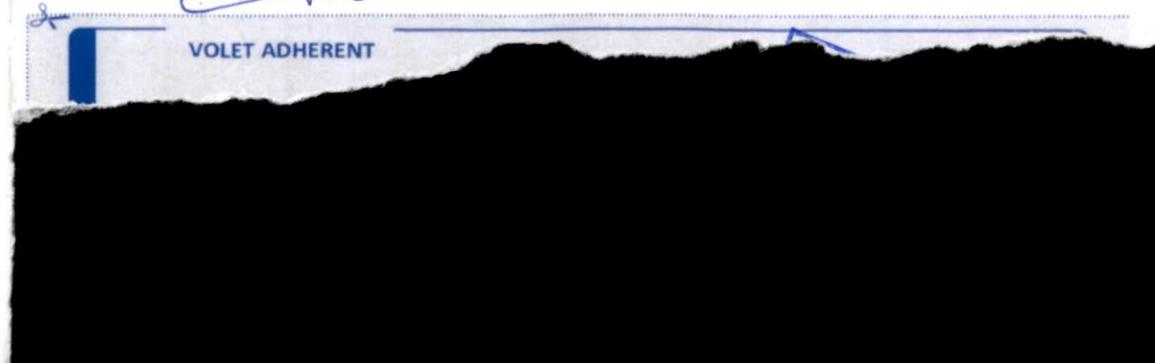
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

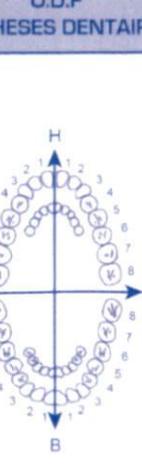


| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 17/11/99 | CS / psy | | 550 dh | INP : 091633500 Soumia BERRADA Pr. Psychiatre - Psychothérapeute 294, 3 ^e étage Mansour 2 ^e étage Appartement 2294 59 59 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Le</i> | 17/11/22 | 1062,70 |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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 PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Addictologue - Sexologue

Ex. Interne des Hôpitaux de Paris

Ex. Pr. à la faculté de Médecine de Casablanca

Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie

CHU Ibn Rochd, Casablanca

Thérapie Cognitive et Comportementale

Thérapie de Couple

Affirmation de Soi

Gestion de Stress

أخصائية في الأمراض النفسانية

العصبية والإدمان والصعوبات الجنسية

طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً

أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً

رئيسة مصلحة مركز الإدمان بالمستشفى

الجامعي ابن رشد سابقاً

Casablanca, le :

17/11/2022

✓ Chk. Anes
67,60 x 10
Teralithe 250 mg
Lyptot Sy dde
128,90 x 3
Paneth 4g
1062,70 140/8

Pr. Soumia BERRADA
Psychiatre - Psychothérapeute

294, B5 3205 Mansour
Résidence Espace Anfa 2^{ème} étage Appt. 7

إقامة فضائية إقتصادي - رقم 7 ، 294 شارع يعقوب المنصور - الدار البيضاء
Résidence Espace Anfa - 2^{ème} Étage - Appt 7 , 294 Boulevard Yacoub El Mansour - Casablanca

الهاتف: 05 22 94 59 59

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



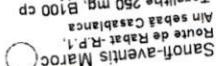
6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Terailthe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895

Panekal® 20 mg
Paroxétine

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 331315

Panekal® 20 mg
Paroxétine

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 331315

Panekal® 20 mg
Paroxétine

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 331315