

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.



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

Déclaration de Maladie

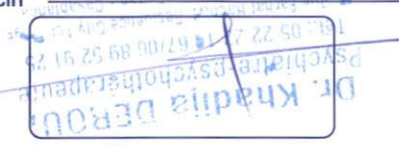
M22- 0045555 A 51911

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Ben 03418 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bennani Jamal
 Date de naissance : 13/07/66
 Adresse : SS8, CG37 Green Town Casablanca
 Tél : 55616 9808 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 02/02/2023
 Nom et prénom du malade : M^r Bennani Jamal Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection psychiatrique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : IMS
 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) : 

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

1^{er} Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de
 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/02/23	629,40

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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'ODF.

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

	H	
25533412	2143552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	1143553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

				Coefficient DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija DEROU

Psychiatre - Psychothérapeute

Thérapie cognitivo - comportementale

Addictologie

Gérontopsychiatrie

Gestion de stress



المختصة في الطب النفسي
طبيبة اختصاصية في الأمراض النفسية
العلاج السلوكي المعرفي
علاج الإدمان
الطب النفسي للمسنين
تدبير الأزمات

Date: 09/02/2023

ORDONNANCE

M^r Bennani Jamal

PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. Maria AZEEMAN
Centre Communal
Boukoura Tél: +212 520-5203359

1) ParleZart 167x40x2
1/2 le soir p^o 2 Jrs
1 le soir à l'entretien

2) Serbam 110x40x2
1/2 le soir p^o 2 Jrs
1 le soir à l'entretien

3) Amelbys 100-100-0 p^o 10 Jrs
100-0-0 s^u s^u s^u

688821,0080011,9
 30 comprimés sécables
 POLYZAPIN® 5 mg
 Oxazépine

1/10/20
 ppv
 LOT
 PER

Sertam® 50 mg
 30 Comprimés enrobés
 6118000181149

ANXIOL® 6 mg
 30 comprimés quadrisécables
 61180001081111

LOT 22571
 EXP 10/2024
 PPV 36.70DH

1/6/24

Sertam® 50 mg
 30 Comprimés enrobés
 6118000181149

POLYZAPIN® 5 mg
 Oxazépine
 30 comprimés sécables
 6118000120889