

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 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

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 : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-791375

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HOVACHY Zineb
 Date de naissance : 31/03/84
 Adresse : Residence Ambar Imm 0 Apt 33
 20190 - Casablanca
 Tél. : 06 61 19 47 27 Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/06/2023
 Nom et prénom du malade : AIDANI ASMINE Age : 7ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : TB adhérent
 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 : 05/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
03/06/23	psychiatrie	2	5000	IN: 091268532
	SSeins			

02/06/23 psychopathology
seams

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

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

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

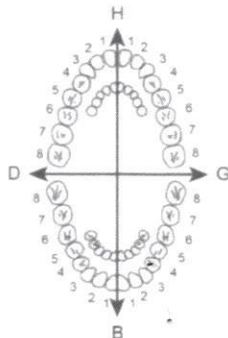
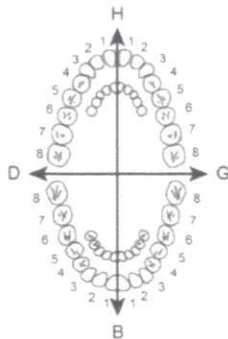
[illegible]

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	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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

					Coefficient des travaux	
					Montants des soins	
					Début d'exécution	
					Fin d'exécution	

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. There are four side piers labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The bridge is divided into four spans by these piers. The spans are numbered 1, 2, 3, and 4 from left to right. The piers are numbered 5, 6, 7, and 8 from left to right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane BOULAAJINE

PEDOPSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC

Bébé - Enfant - Adolescent



الدكتورة إيمان بولعجين

طبيبة نفسانية

معالجة نفسية

رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédopsychiatrie (Université de Rouen)

Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)

Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

Casablanca le : 31/03/23

ORDONNANCE :

Nom et prénom :

YASSINE AIDAWI

Age :

16 ans

Clinique :

Trouble adaptatif

PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPIE :

5 séances

gratuites

Dr. IMANE BOULAAJINE
الدكتورة إيمان بولعجين
Pédopsychiatre
Tél : 06 88 11 30 35

Docteur Imane BOULAAJINE

PEDOPSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC

Bébé - Enfant - Adolescent



الدكتورة إيمان بولعجين

طبيبة نفسانية

معالجة نفسية

رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédopsychiatrie (Université de Rouen)

Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)

Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

Casablanca le:03 /06/2023

NOM : AIDANI YASMINE

NOTE D'HONORAIRE:

Séances de psychothérapie

Nombre de séances : 05 séances

07/04/2023

21/04/2023

01/05/2023

19/05/2023

03/06/2023

Note d'honoraire par séance : 500 dirhams

Montant total : 2500dirhams (Deux mille cinq cent dirhams)

[Signature]

زاوية شارع بثرانزان وزنقة أبو إسحاق الشيرازي، إقامة الربيع عمارة B الشقة 9 الطابق 3 المعاريف - الدار البيضاء

Angle Bd. Bir Anzarane et rue Abou Ishak Chirazi, Résidence RIBH imm B, 3^{ème} étage Appart 9, Maarif, Casablanca

☎ 0808 553 975 - 06 68 11 30 35 ✉ dr.boulaajine@gmail.com