

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- 0042571 **81191**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5015** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **RETRAITE**

Nom & Prénom : **SALAM LAUCEN**

Date de naissance : **26.02.61**

Adresse : **30, Rue AL BAHIA
HAY KIND BERRECHID**

Tél. : **0722.06.10.64** Total des frais engagés : **616,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HECHADI Mohammed
Neuro-psychiatre - Psychothérapeute
26, Rue Okba Bnou Nafii 1er Etage
Centre Ville BERRECHID
Tél.: 0522 22 64 44 / 0682 26 62 20

Date de consultation : **01/11/2023**

Nom et prénom du malade : **SALAM YOUSSEF** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **Affection Longue Durée**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : **Affection Longue Durée**

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 : **Berrechid** Le : **01/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0042571**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **5015**

Nom de l'adhérent(e) : **SALAM**

Total des frais engagés : **616,60**

Date de dépôt : **02/11/23**

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

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
01/11/23			309.00	Dr. HECHADI Mohammed Neuro-psychiatre - Psychothérapeute 25 Rue Okba B. 609 Nafii 1er Etage Centre Ville BERRECHID Tél: 0522 22 64 44 / 0682 25 62 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/11/23

316.60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

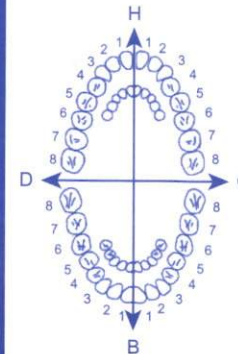
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
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

Docteur HECHADI Mohammed
Neuropsychiatre - psychothérapeute
M.D. Médecin chef de l'hôpital neuropsychiatrique
de Berrechid



الدكتور هشادي محمد

طبيب إختصاصي في الأمراض العصبية النفسية والعقلية
الطبيب الرئيسي لمستشفى الأمراض العقلية والنفسية
برشيد سابقا

Berrechid le : 01/11/2023 : برشيد في :



061176855

SAMAN
Youssef

Pharmacie Fatima Santé
Dr. ARRACHIDI Samira
Angle Rue Okba Bnou Nafii
et Rue Madina - BERRECHID
Tél: 0522 33 77 77



180.00
+

71.00

Imoxet

32.60

Imoxet 50 mg



316.60

noté

4 Tris

Dr. HECHADI Mohammed
Neuro-psychiatre - Psychothérapeute
26, Rue Okba Bnou Nafii 1er Etage
Centre Ville BERRECHID
Tél.: 0522 32 64 44 / 0682 26 62 2

Pharmacie Fatima Santé
Dr. ARRACHIDI Samira
Angle Rue Okba Bnou Nafii
et Rue Madina - BERRECHID
Tél: 0522 33 77 77

R.V. 13/12/2023.

Fluoxet[®] 20 mg

30 gélules



6 118000 021681

LOT 0203429

EXP 06/25

PPV 32DH60

PRISDAL[®] 0,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118001 250981

PRISDAL[®] 0,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118001 250981

LOT 231051 1

EXP 03 2026

PPV 180.00

Fluoxet[®] 20 mg

10 gélules



6 118000 020783

LOT 0203429

EXP 06 25

PPV 37 DH60

s pelliculés

LOT 230845 2

EXP 02 2 26

PPV 71.40

71.40