

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

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° P19- 060305

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8639 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HALKAOUI MY ABDELLAH

Date de naissance : 08-01-1972

Adresse : N°57 Rue Sijilmasa Belvedere CASABLANCA

Tél. : 0673721510 Total des frais engagés : 855,3 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/06/2020

Nom et prénom du malade : EL HALKAOUI MY ABDELLAH Age : 48 ans

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

Nature de la maladie : Pathologie 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 : CASABLANCA Le : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL SIEGE RAM

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060305

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 : 8639

Nom de l'adhérent(e) : EL HALKAOUI

Total des frais engagés : 855,3

Date de dépôt :

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
09/06/2020	CS		300DH	
01/07/2020	CS		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/06/2020

14530

01/07/2020

210,60

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VOLET ADHERENT

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

د. أبو الفراج حفص

ABOUELFARAJ HAFSA

Psychiatre

Psychiatre - psychothérapeute
addictologue - psychogériatre



PHARMACIE DES HAÏLES
Mme BOUDALI DIOURI Lafia
Tel: 0522 24 61 79
Fax: 0522 24 19 28

09/06/2020.

110.60
A. ALKADRI Monley Abdelilah

1) Sertraline GT 50 mg

110.60



34.70
2) Amixol 6 mg.

on. 2 gam. 2 mg

$\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ plr 2 sem

$\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ plr 2 sem

$\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ plr 1 sem

0 - 0 - $\frac{1}{4}$ plr 1 sem

145.30

PPV: 34DH70
PER: 03-23
LOT: J666



110.60 120.30 de 3 sem

PHARMACIE DES HAÏLES
Mme BOUDALI DIOURI Lafia
Tel: 0522 24 61 79
Fax: 0522 24 19 28

د. ابو الفراج حفص

ABOUELFARAJ HAFSA

Psychiatre

Psychiatre - psychothérapeute
addictologue - psychogériatre



Date le : 01/07/2020

EL HAJ Kacimi Montay ASdella

1561024

PHARMACIE KHALEF AZZEDINE
SARL AU
13, Rue Sijlmassa Belvédère
Casablanca - Tél. 0522 24 26 43

8/11/2020

110,60

1)

Centra 50mg

110,60



1 - 0 - 0

PHARMACIE KHALEF AZZEDINE
SARL AU
13, Rue Sijlmassa Belvédère
Casablanca - Tél. 0522 24 26 43

2)

Zopalm 6mg

0 - 0 - 1/2

1/2

plt 1 semaine

0 - 0 - 1/4

1/4

plt 2 semaine

III d'Imani

+

ROV (frontale)

Dr Hafsa ABOU EL FARAJ
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue - Psychogériatre

134, Residence Andalous, 134 angle Avenue 2 Mars et rue d'Arménie
et l'axe d'Arménie 2ème étage numéro 6 Casablanca
Tél. 05 22 26 24 43

Residence andalous 134 angle Avenue 2 Mars et rue d'Arménie
(au dessus de café andalusia) 2 eme étage numéro 6 Casablanca

Tel fixe 0522862558 / GSM : 0679578402 / E-mail : hafsa-abouelfaraj@hotmail .fr