

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.

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

Déclaration de Maladie

N° W19-588679

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	<input type="checkbox"/> Maladie 2020 <input type="checkbox"/> Accident 2020 <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société : 53670
Matricule 1264	Autre :
Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/>	ABDELHAFID
Nom & Prénom : ABDOUM	Date de naissance : 1951
Adresse : 113 Rue EL Fourat Résidence la case n° 502 Flacrif CASA	Total des frais engagés : Dhs
Télé : 06 3887 87 51	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 18/11 , 2020	
Nom et prénom du malade : ABDOUM ABDELHAFID	Age: 69ans
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
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 : **Marrakech** Le : **23 / 11 / 2020**
Signature de l'adhérent(e) :



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
15/01/2023	Consultation	5	300,- 00 Dhs	INP : 071123456789 HABIB ABEL KHALIL Spécialiste en Psychotérapie et Thérapie Manuelle Enrichie N° EP : 10140 Date : 06/02/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE A ABDELHAMID KANALI doutor abdelhamid kanal Abdelhamid Kanal Barakat Lot. Salima Cite Decote Abd. El - Marakab 05 24 31 08 77	18/11/2023	90,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
LOT:0000691 EXP:01/2023 PPV:90DH00			

AUXILIAIRES MEDICAUX

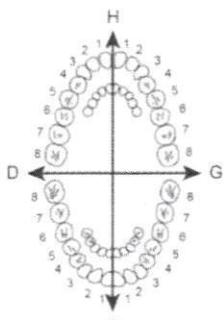
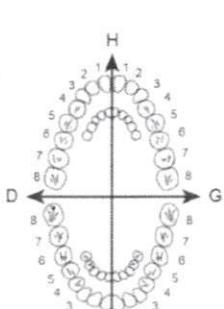
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODDF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r} \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 35533411 \end{array} \begin{array}{r} 21433562 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 11433553 \end{array} \end{array} $			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

Docteur Lhabib ABELKASSEM

Psychiatre - Psychotherapeute

Diplômé en psychiatrie de l'adulte

Diplômé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Thérapeute EMDR

Ex Chef de service de psychiatrie - Hôpital militaire Avicenne

Ex Praticien certifié des hôpitaux militaires - Val de Grâce - Paris

Ex Professeur aux Facultés de médecine de Rabat et de Marrakech

Marrakech le :

18 NOV. 2020

الدكتور الحبيب أبي القاسم

طبيب نفسي ومعالج سينکولوجي

مجاز في الطب النفسي للكبار

مجاز في الطب النفسي للأطفال والمرأهفين

معالج EMDR

رئيس مصلحة الطب النفسي سابقاً بالمستشفى العسكري ابن سينا

طبيب معتمد بالمستشفيات العسكرية سابقاً - قل دو غراس - باريس

أستاذ باحث سابق بكلية الطب والصيدلة بالرباط ومراكش

مراكش في :

Mr. ABDOUN ABDELHAFID

90,-

1 / PRISDAL 0,5 mg:

20-11-20
7596

0 - 0 - 1

QSP UN mois

DR L'HABIB ABELKASSEM
Psychiatre Psychotherapeute
Av. 4 DMM Résidence Manahil Entrée B
Appt N°3 Camp Elghoul Gueliz
INPE 07/210140
Téléphone: 05 24 43 06 01

شارع 4 DMM إقامة مناهيل مدخل ب شقة رقم 3 ثكنة الغول جليز مراكش
(أمام الحامية العسكرية طريق تاركة) - الهاتف : 05 24 43 06 01

Avenue 4 DMM Résidence Manahil Entrée B Appartement N°3 Camp Elghoul Gueliz
(en face de la place d'armes vers Targa) - Téléphone : 05 24 43 06 01