

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-502459

N° = 19793

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10775 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALI IMANE

Date de naissance : 08/09/1975 à Kenitra

Adresse : 457 Avenue HASSANI Residence Yerima

221 AGDAL RABAT

Tél. : 0661375962 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **BADRI Samira**

Cachet du médecin :

Psychiatre
7 Rue Tayeb Khatib, N° 3
Agdal, Rabat
tél. : 05 37 67 16 71 - 05 37 77 39 50
06 68 81 14 42

Date de consultation : 26/12/19

Nom et prénom du malade : TALI IMANE Age :

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

Nature de la maladie : Anxiété

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 : RABAT Le : 26/12/19

Signature de l'adhérent(e) : TALI IMANE

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-502459

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
21/12/19	C3	200	400	INP: 101017000 Dr. BADRI Samira Psychiatre 7. Rue Tayeb Labsir N° 3 Agdal - Rabat Tel: 05 37 67 16 71 - 05 37 77 39 50 GSM: 06 68 81 14 42

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL YASSER 457, Av. Hassan II - Rabat Tél: 05.37.69.39.00	26.12.19	264,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																
			<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
		H																				
		25533412	21433552																			
		00000000	00000000																			
		G																				
D		G																				
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 BADRI Samira
Psychiatre - Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille

الدكتورة بادري سميرة
اختصاصية في الأمراض النفسية والعقلية
خريجة كلية الطب
بمارسيل

Rabat, le 26/12/19 في الرباط،

TAU IMANE

132,00 x 2

2622

① PAROXETINE : 1 et $\frac{1}{2}$ c.s.
win

② Les Anxiolytiques : 2 et 3 c.s.

26414

Dr. BADRI Samira
Psychiatre
7, Rue Tayeb Labsir, N° 3
Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 16 71 - 05 37 77 39 50
GSM: 06 68 61 14 42

LOT : 9MA022
PER.: 04/2022

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

P.P.V.: 132DH00



6 118000 062301

LOT : 8MA014
PER.: 07/2021

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

P.P.V.: 132DH00



5 118000 062301

457, Av. Hassan II - Rabat
Tél.: 05 37 67 16 71 - 05 37 77 39 50

27 rue Tayeb Labsir (Agdal)