

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° W19-495454

ND: 20968

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5960 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAIKI ABDELAZIZ

Date de naissance : 11/02/1962

Adresse : 34, Rue 17 SELILIA(1) oulfa

Tél. : 0667 015273

Total des frais engagés : 951,50 de Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Tarik BENJELLOUN
Psychiatre
Psychiatre des Hôpitaux de France

Date de consultation : 05/02/2020

Nom et prénom du malade : Faiki Hamyaz

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

Nature de la maladie : SD de pré-séjour

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 : Casa Le : 05/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-495454

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
05.02.2020	CURSY		350dh	INP : 091299893

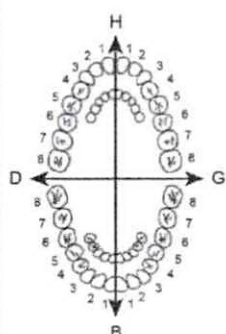
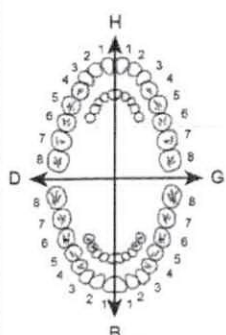
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL HAKIM Dr ALAOU BOUCHRA 100, Rue Angèle SAHOUJ, Sektia CASABLANCA - Tél: 0522 90 71 00	5/2/2020	601,50

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<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>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. Tarik BENJELLOUN

Psychiatre (C.H.U de Reims)

Psychiatre des Hôpitaux de France

- Ex Médecin-Chef de Pôle :
Pôle de Santé Mentale et d'Addictologie
dans le Calvados
- Ex-Psychiatre à l'Institut Thérapeutique
Educatif et Pédagogique (I.T.E.P)
dans l'Orne
- Ex-Psychiatre Adultes et Enfants au Centre
de Médecine Physique et de Réadaptation (C.M.P.R)
dans l'Orne

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH

6 118001 060895

الدكتور طارق بن جلون

أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية

طبيب

6 118001 030071

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93,00 DH

6 118001 030071

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93,00 DH

6 118001 030071

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93,00 DH

طبيب

قط

طبيب متخصص لدى معهد العلاجات التعليمية والتربوية

بلورن (سابقا)

طبيب متخصص لدى معهد الترويض لل كبار و الاطفال

بلورن - فرنسا (سابقا)

Casablanca, Le 5 2 20

PHARMACIE AL HAKIM
100, rue Mohammed VI - Casablanca
Tél: 0522 96 71 60

67,60 x 02
135,20

Termithe 400 mg
150,60

Seroquel 25
36,70

36,70
93,00 x 03
279,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue Zoubair benou al acoum roches
noires Casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr etc
Boîte de 60
26816 DMP/21NSF P.P.V: 150,60 DH
6 118001 021338

LOT 181777
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

Dr. Tarik BENJELLOUN
Psychiatre
Psychiatre des Hôpitaux de France

16 Bis Rés. Essouror - Angle My Youssef Hassan 1er - Casablanca. الدار البيضاء. زاوية مولانا يوسف حسن الأول - مكرر إقامة السورور - 16

05 22 22 50 10 - 06 61 08 93 17