

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° W21-619584

22873

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6847

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BAHA FID NOURDINE

Date de naissance :

01/07/1965

Adresse :

Rabihville

Tél. :

0668172990

Total des frais engagés :

2540

Dhs

Dr ANWAK M. Hamed Yassine

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Kadin Résidence Na'im
Imm 7 Apt. 2 - 1er Etage Sidi Maarouf
Casablanca - Tél. : 05 22 78 48 36

Date de consultation :

14/04/2021

Nom et prénom du malade :

BADOU KHADIJA

Age :

49 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection 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 :

Casa

Le :

14/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-619584

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
14/04/2021	C.N.P. 1		#300DH.5#	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	14/04/21	2260,00

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 :

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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 Anwar Mohamed Yassine

Médecin Spécialiste en psychiatrie
Diplômé en thérapies cognitives et comportementales
Diplômé en addictologie
Ancien médecin interne en France



الدكتور أنوار أحمد ياسين

طبيب اختصاصي في الأمراض النفسية
أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي
أخصائي في طب الإدمان
طبيب داخلي في فرنسا سابقا

ORDONNANCE

Casablanca, le

14/04/2011

BADOU KHADIJA

N° - MCGA

1) Mefenapin 10mg 9p
1 Gp le matin et 1 Gp le soir
2) Risperdal (solution buvable)
2ml le matin et 2ml le soir

Traitement de deux Mois

2240,00

Dr. Anwar Mohamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Kadiri Résidence Naïm
Imm 7 Apt. 2, 1er Etage Sidi Maarouf,
Casablanca Tél : 05 22 78 48 36

LOT: 039
PER: AVR 2023
PPV: 291 DH 00

LOT: 039
PER: DEC 2022
PPV: 291 DH 00

LOT: 039
PER: AVR 2023
PPV: 291 DH 00

LOT: 039
PER: AVR 2023
PPV: 291 DH 00

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH



6 118001 182633

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH



6 118001 182633

Maphar
Km 0, Route Côtière 111,
Ql Zonata Ain sebaa Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH



6 118001 182633

Maphar
Km 0, Route Côtière 111,
Ql Zonata Ain sebaa Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH



6 118001 182633