

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-639634

54802

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8329 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : REGRAGUI SAID

Date de naissance : 26.11.62

Adresse : 25 Rue Oud Nour - CL - Cas

Tél. : 0661322291 Total des frais engagés : 1726,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. KARIM BOUCHAÏB**
Psychiatre - Pédopsychiatre
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 29 61 86 - 0522 29 53 42
INPE : 09 10 83 493

Date de consultation : 25/06/2021

Nom et prénom du malade : Reagrui Saïd Age : 14/12/2000

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

Nature de la maladie : Dépression

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 : Cas Le : 20/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
25.6.21	C7		600	IN 09 10 83 493

Dr. KAROLINE BOUCHAÏE
Psychiatre - Pédiopsychiatre
44, Rue des Hôpitaux - Casa Blanca
Tél. 05 22 29 61 86 - 05 22 49 53 42
N°PE : 09 10 83 493

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALAUCAR 42, Rue d'Irène - Casa Blanca Tél. 05 22 29 61 86 - 05 22 49 53 42	25/06/21	13.2600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

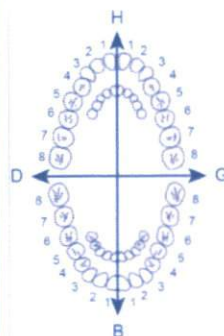
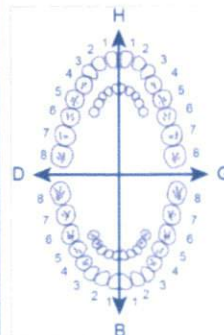
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Bouchaib KAROUMI

Diplômé de l'Université de Lyon (France)

Docteur en Neurosciences

Maître ès-Sciences Médicales

Ancien Psychiatre au CHU de Lyon

Psychiatre - Psychothérapeute

Enfants - Adultes

كرومي ،

ن بفرنسا

لأعصاب

الطبية

في الجامعي بليون

العقلية والنفسية

كبار



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

Casablanca Le : 25 - 6 - 21

PER: DEC 2022

PPV: 400 DH 00

PER: DEC 2022

PPV: 400 DH 00

600.00
x 2 ANIPRIPHI 15

20100 20100 20100 20100 20100
P.P.V. 201,00

9300
x 3 ANAFRANIL 75

2300
x 2 TENESTAT 1

1326.00
ord x 02 mar

TEMESTA 1MG

CP SEC B50

P.P.V. : 23DH00



6 118000 011569

Dr. KAROUMI Bouchaib
Psychiatre - Pédopsychiatre
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 29 53 42

LOT : 201E003

PER: 07 2022

TEMESTA 1MG

CP SEC B50

P.P.V. : 23DH00



6 118000 011569

05.22.29.53.42 : الفاكس - 05.22.29.53.42 - 05.22.29.61.86 : الهاتف - الدار البيضاء -

44, Rue des Hôpitaux (en Face des Urgences du CHU Ibnou Rochd) 2 éme étage - Casablanca - Tél: 05.22.29.61.86