

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

Déclaration de Maladie

N° W21-627280 89722

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : **M471** Société : **RAM**

Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

Nom & Prénom : **ASERRAR Justapha**

Date de naissance : **13/12/74**

Adresse : **N° 191 LOT MABROUKA. SIDI MAAROUF Casablanca**

Tél. : **0666 35 08 93** Total des frais engagés : **4,95,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin : 

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **108/09/2021**

Nom et prénom du malade : **ASERRAR Ahmed l'homme** Age: **14 ans**

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

Nature de la maladie : **Defecation**

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 : **Casablanca** le : **21/10/21**

Signature de l'adhérent(e) : 

SV 21/10/21

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
08/04/2011	16021	1/1	115000	INP: 091268932 TBS: 00115000 MEDICAL 9 JUIN 2011 Dr. IMANE BOULAJINE Dr. IMANE BOULAJINE Dr. IMANE BOULAJINE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/2021	95,-

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICALS

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	<input type="text"/>
H	D	G														
25533412	00000000	21433552														
00000000	00000000	00000000														
35533411	00000000	11433553														
				<input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				<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 Imane BOULAAJINE

PEDOPSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC

Bébé - Enfant - Adolescent



الدكتورة إيمان بولعجين

طبيبة نفسانية

عالجة نفسية

رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédiatrie (Université de Rouen)

Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)

Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

07/05/2021

LouKnaNe A SERRA

1) evKnaNag cr Triple action

ofc S.V. cep la natin



Dr. Imane BOULAAJINE
Pédiatre - Psychologue
RIBH - 3ème étage Appart 9, Maarif, Casablanca



زاوية شارع بترأنزان ونقطة أبواسحاق الشيرازي، إقامة الريح عمارة B الشقة 9 الطابق 3 المعارض - الدار البيضاء

Angle rue Bir Anzarane et rue abou ishak chirazi, Résidence RIBH imm B, 3ème étage Appart 9, Maarif, Casablanca

📞 0808 553 975 - 06 68 11 30 35 📩 dr.boulaajine@gmail.com