

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

119350

| | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>13258</u> | Société : <u>Royal Air Maroc</u> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <u>ETTALBI Sophia</u> | | | |
| Date de naissance : <u>21/10/61 / 1989</u> | | | |
| Adresse : <u>Rue Mohamed El Hayam, N°8, Résidence Matisse A</u> | | | |
| Appt 26 | | | |
| Tél. : <u>06.26.24.51.85</u> | Total des frais engagés : <u>841,00</u> Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

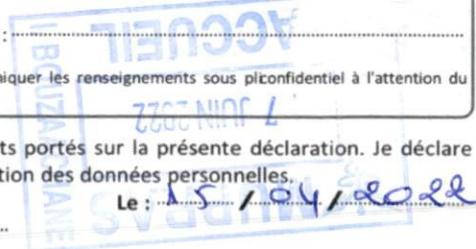
| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <i>Jr. Salima BEN MOUAMA Psychiatre Psychothérapeute Addictologue 223, Bd Brahim Roudani N°13 Anfa, Casablanca</i> | | | |
| Date de consultation : <u>15/04/2022</u> | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>Sophia Ettalbi</u> Age: _____ | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : <u>Depression</u> | | | |
| 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

Signature de l'adhérent(e) : Sophia Ettalbi

Le : 15/04/2022



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/04/2028 | C | 1 | 400 PTTS | INP : 09H19A4111  Salima BEN MOUSSA Psychotérapeute Analyste M. 13 Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|--|
|  S. BELHABIB Dr. en Pharmacie 22 Rue LAMENNAIS France Ville II - CASA TEL & FAX : 06.60.34-CASA | 15/4/22 |  Dr. S. BELHABIB en Pharmacie 22 Rue LAMENNAIS Ville II CASABLANCA Fax: 06.60.34-CASA |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | B | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ORDONNANCE

15/04/2022

Sophia Ettalbi.

184,80

①

inidep 100mg

V11864

H00



Rx 100

②

Velaxor 75mg

V11865

1 - 0 - 0

36,80

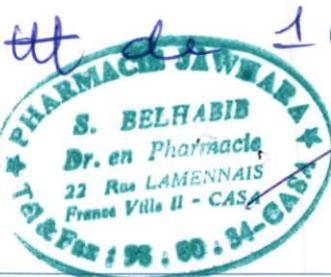
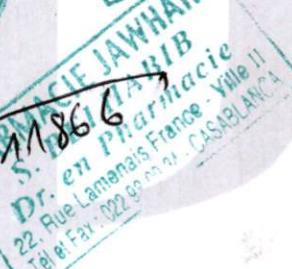
1 - 0 - 0

③

Anadid 60mg

0 - 0 -

V11866



Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
223 Bd. Brahim Roudani N°123
Casablanca

