

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 canalaires, 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 canalaires.

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 - Bème 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



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

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060514

120256

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

9253

Société

RAMI

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

LAABARTA ABDELOUAHAD

Date de naissance

06.01.63

Adresse : Lot Maatalihi N° 14 G2

M'hamed Mansour

Tél. : 0678844056 Total des frais engagés : 529 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Imen BEN MAHMOUD
Psychiatre - Psychothérapeute - sexologue
Espace Al Abrar, 3 ème Etage, N°15, Av Yacoub EL Mansour
(au dessus de Carrefour Market Majorelle) - Marrakech
Tél : 05 24 29 00 19

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2022

Nom et prénom du malade : Laabarta Ayoub Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : tr. anxieux (F. 42)

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 : Marrakech

Le : 28/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-060514

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 : 9253

Nom de l'adhérent(e) : LAABARTA

Total des frais engagés : 529

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
28/03/2022	CS		400,-Dhs	Docteur Imen BEN MAHMOUD Psychiatre - Psychothérapeute - sexologue Espace Al Abrar, 3ème Etage, N°15, Av Yacoub EL Mansour (au dessus de Carrefour Market Majorelle) - Marrakech Tél : 05 24 29 00 19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AL IMANE ot. Maâalla, 1592 Mhamid arrakech. Tél : 05 24 37 26 01 CE : 00182328000036 - 78475 TP : 6483551 - IF : 20719747 INN : 072057278	28/03/2022	129,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

REF 030

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 11433553
	35533411

(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

Dr Imen Ben Mahmoud

Psychiatre-Sexologue

Psychothérapeute

Thérapie de couple - Sexologie

Thérapie cognitive et comportementale

Addictologie - gérontopsychiatrie



الدكتورة إيمان بن محمود

مختصة في الأمراض النفسية

الاضطرابات الجنسية - العلاج النفسي

علاج الإضطرابات الجنسية والعلاقات الزوجية

العلاج المعرفي والسلوكي - علاج الادمان

الطب النفسي للشيخوخة

Marrakech le : 28/03/2022

H^r Ayoub Lazbar

7659
le 02-04-2022 - Velecoxer LP 94,00
37,5mg SV o - o - 1 gallj x 04js

7641
le 28-03-2022 - Alpraz 0,5mg 35,70 pris o - o - 2 gallj
SV o - o - 1/2 gallj x 15js

pris o - o - 1/2 gallj (1j/2) x 04js
SV pris anit . |

- 102 mois

Total = 129,70

PHARMACIE AL IMANE
Lot. Maitalla, 1592 Mhamid
Marrakech Tél : 05 24 37 26 01
CE : 00182528000036 - IF : 20719744
659551 - Docteur Imen BEN MAHMOUD
Psychiatre - Psychothérapeute - sexologue
Espace Al Abrar, 3 ème Etage, N°15, Av Yacoub El Mansour
(au dessus de Carrefour Market Majorelle) - Marrakech
Tél : 05 24 29 00 19

Espace Al Abrar , 3 ème étage , N°15 , Av Yacoub El Mansour
(Au dessus de Carrefour Market Majorelle) , Marrakech

فضاء الأبرار ، الطابق الثالث ، رقم 15 ، شارع يعقوب المنصور فوق كارفور ماركت ماجورال ، مراكش

0524290019

imeneben83@gmail.com

L
O
T
E
X
P
P
V

2 1 2 1 8 8
0 9 2 0 2 4
3 5 • 7 0



Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1106743

EXP 04/24

PPV 94DH00

30 gélules à
libération prolongée

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg
30 gélules à libération prolongée

