

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 - 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

M22- 0010242

pas courir

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1673 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraitée 130730
 Nom & Prénom : YAMID SAADIA
 Date de naissance : 01/01/1950
 Adresse : App:5 Imm:E Dalia 2 Amerchich Mamelech
 Tél. : 0524300385 Total des frais engagés : 2420,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. El Hassane RAHOUA
NEURO PSYCHIATRE
Bd. Allal El Fassi, Rési. Jaouhara N° 26,
3ème Etage, en face de la Mosquée al Anouar
Marrakech - Tél. : 05 24 31 17 78

Date de consultation : 05/07/2022
 Nom et prénom du malade : YAMID Saadia Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neuropsychiatrie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Mamelech Le : 21/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 21/09/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0010242

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
05 JUL 2022	CMPG		300,00	Dr. El Hassane RAHOU NEURO PSYCHIATRE Bd. Allal El Fassi, Rés. Jaouhara N° 26, 3ème Etage, en face de la Mosquée al Anouar Marrakech - Tél : 05 24 31 17 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ILLY Mme MAZDAOUZ Darya Rue Jamiat Ben Youssef Badi II - Marrakech Tél : 05 24 30 14 97	05/07/22	2120,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

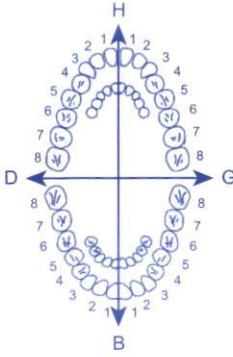
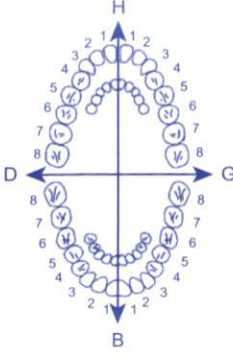
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</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	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Hassane RAHOVA

NEURO PSYCHIATRE

Ancien Directeur de l'hôpital Ibn Nafis
de Marrakech

الدكتور الحسن رحوا

اختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية

مدير مستشفى ابن النفيس

بمراكش سابقا

Marrakech, le 05 JUIL 2022 مراكش، في

LOT: KA11231
PER: MAR 2023
PPV: 120 DH 10

Mme YAMIN Saadia:

(AC 050717)

192,10 x4 1^{er} Seroquel 200mg
120,10 x4 2nd Jendep-XR 150

LOT: KA11231
PER: MAR 2023
PPV: 120 DH 10

LOT: KA20044
PER: NOV 2024
PPV: 120 DH 10

ZENITH PHARMA
PPC: 37,20 DH

20,50 x6 3rd Lemesta 20

PHARMACIE ILLY
Mme MAZDAOUT Darya
Rde Jamiat Ben Youssef
Badi XI - Marrakech
05 20 14 97

1/2 cp 6 matin si besoin
1 cp 6 soir

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

24,70 x4 4th Terrax
298,10 x2 5th Madopar 200

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

212060
Durée de Traitement : 04 semaines
R D V Le : 04.11.2022

Dr. El Hassane RAHOVA
NEURO PSYCHIATRE
Bd. Allal Fassi, Rés. Jaouhara N° 26,
Marrakech

06 23 08 22 01 / 05 24 31 17 78 : الهاتف - مراكش - الأنوار - إقامة جوهرية رقم 26 الطابق الثالث أمام مسجد الأنوار - مراكش - الهاتف : 05 24 31 17 78 - GSM : 06 23 08 22 01
BD. Allal Fassi Résidence Jaouhara N° 26 3ème Etage en face de la Mosquée Al Anouar - Marrakech - Tél. : 05 24 31 17 78 - GSM : 06 23 08 22 01

LOT: 21E006
PER: 10 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

LOT: 21E006
PER: 10 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

LOT: 21E006
PER: 10 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

LOT: 21E005
PER: 08 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

LOT: 21E005
PER: 08 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

LOT: 21E006
PER: 10 2023
TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

192,10

192,10

192,10

SCIPRALEX® 20mg
ESCITALOPRAM
سبيبراليكس 20 ملغ
إسيتالوبرام