

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

- 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 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

N° W21-640929

148983

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8356

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTADRAF

Date de naissance : 17/04/67

Adresse : 81 Henri Muriel AITB N°44 EL

Tél. : 062103290

Total des frais engagés : 863 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR TILANE AMINA
Médecin Psychiatre
LOT FERDOUS GH 7 BAT 64
RDC APPT N°1 - HAY HASSANI
CASABLANCA-TEL 05 22 90 03 52

Date de consultation : 06 Fevr 2023

Nom et prénom du malade : ATILYA ZAHED Farsi

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 12 CHOLERA

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 : 2023

Le : 9 / 2 / 23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
06 Fevr 2023			250,00	<p>INP : []</p> <p>Joueur PLANE AMINA</p> <p>Medecin Psychotrope</p> <p>LOT FERDOUS GH 7 BAT 03</p> <p>RDC APP 1 - HAY HASSANI</p> <p>SABANCA TEL 05 22 90 03 5</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ALAMANA</p> <p>Mme. ALAMI SOULEYKA SAMIR</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>13, Rue Annarika Boudjou</p> <p>Oran - Algérie Tél. 0522 99 70</p>	06/02/23	613,10

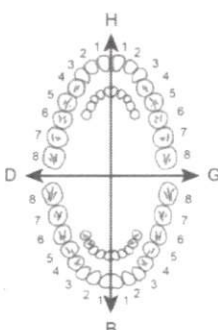
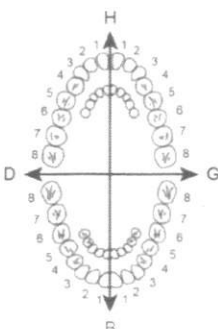
[illegible][illegible]

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 :
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin: 5px 0;"> <div style="text-align: center;">D</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">B</div>			
	(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

Docteur Amina TILANE

الدكتورة تالان أمينة

طبيبة نفسانية اختصاصية
في الأمراض النفسية والعقلية
والأمراض العصبية وأمراض الرأس
طبيبة رئيسية سابقا بوحدة
الحي الحسني

Ex. Médecin Chef de l'Unité de Psychiatrie

Hay Hassani

06 Fevr 2023

الدار البيضاء، في :

M. FOUSSI FATIMA

201.00

126.89

NO-DEP 50

3570X8

4.4 mar 2015

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

Alprazolam 0,5 mg
28 comprimés sécables
6 118000 020530

Alprazolam 0,5 mg
28 comprimés sécables
6 118000 020530

Alprazolam 0,5 mg
28 comprimés sécables
6 118000 020530

Docteur TILANE
Médecin
LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70
RDC APPR
CASABLANCA

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

بق السفلي الحسني

N°1 - Hay Hassani -

الهاتف : 05 22 90 03 52

sécat

LOT : 399
PER : SEP 2024
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

نو-ديب[®] 50 مغ

سيرترالين

NO-DEP[®] 50mg

60 cps pelliculés sécables ○



6 118000 050995

60 قرصا ملبسا

قابلا للكسر

LOT : 403

RER : SEP 2024

PPV : 201 DH 00