

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-793581

133277

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12663 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HADDAD Moncef

Date de naissance : 24/10/81 1986

Adresse : Résid Imane Californie, Im - Youssef 21, Apt 12, Casa

Tél : 06.66.15.0515 Total des frais engagés : # 9000,00# Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HADDAD Rayan Age : 7 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N°

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

[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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
<p>H ↑ ↓ B ← D → G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° : <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coefficient des Travaux <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Montants des Soins <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Début d'exécution <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fin d'exécution <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
<p>H ↑ ↓ B ← D → G</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			Coefficient des Travaux <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<input type="checkbox"/>			Date du devis <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>			Date de l'exécution <input style="width: 100px;" type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HADDAD RAYAN

Rééducation psychomotrice
+ Relaxation
(30 Séances)

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

Facture
N° 17308

Rayan Haddad

Casablanca

Casablanca le 26/4/2023

Désignation	Nombre Séances	Honoraire par séance	Total
Prise en charge Psychomoteur	30	300,00	9 000,00
TOTAL			9 000,00

Arrêtée à la somme de :

NEUF MILLE DIRHAMS

Cachet & Signature

Mamoun BEKKALI HASSANI
Psychomotricien
Tél: +212 6 36 11 17 15

21/1/2023	18
24/1/2023	19
28/1/2023	20
31/1/2023	21
7/2/2023	22
14/2/2023	23
21/2/2023	24
28/2/2023	25
7/3/2023	26
14/3/2023	27
21/3/2023	28
28/3/2023	29
4/4/2023	30

Cordialement,

Mamoun BEKKALI HASSANI

Mamoun BEKKALI HASSANI
Psychomotricien
 Tel. : +212 6 36 11 17 15

HADDAD MONSEF

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Envoyé: lundi 17 octobre 2022 15:42
À: HADDAD MONSEF
Objet: demande accord

Bonjour ,nous vous informons que votre demande accord pour les séances de rééducation est accordé pour 30 séance .

merci

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 21/09/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12663 E-mail : mahaddad@royalairmaroc.ma Phones : 06.66.15.05.15

Nom et Prénom de l'adhérent : HADDAD M. G. BENJELLOUN

Nom et Prénom du bénéficiaire : HADDAD Rayan

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : G. BENJELLOUN Professeur En Pedopsychiatrie

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme M. HADDAD / RAYAN

Nécessite : (Signature)

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) ...

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

DEVIS
N° 17260

Rayan Haddad

Casablanca

Casablanca le 5/10/2022

Désignation	Nombre Séances	Honoraire par séance	Total
Prise en charge psychomotrice	30	300,00	9 000,00
TOTAL			9 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF MILLE DIRHAMS

Cachet & Signature

Mamoun BEKKALI HASSANI
Psychomotricien
+212 6 36 11 17 15