

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° W21-828561

184896

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1692 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitee
 Nom & Prénom : BOUAB LAILA
 Date de naissance : 02/03/1959
 Adresse : Résidence Mansour Imm. RS Appt 15
 3ème étage MANSOURIA
 Tél. : 0663442425 Total des frais engagés : 776,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: 22/12/2019, 10h11, Appl. N° 2, 0523 32 17 22, 3. Rés. Oasis, Bd Mohamed VI, Casablanca, Maroc]

Date de consultation : 15/12/2019
 Nom et prénom du malade : BOUAB LAILA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : [Signature]
 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 : Mansouria

Le : 29/12/2019

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
15/11/23	C.N.P		300,00	INP : 0810821860

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/23	476,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

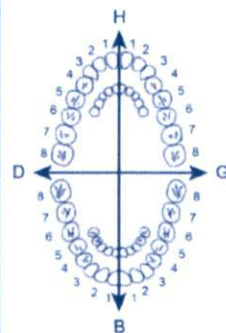
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

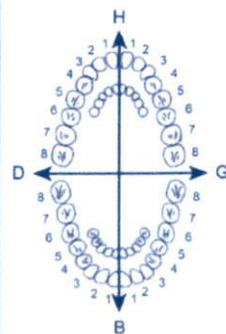
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. HAMDANI EL HASSANE

PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE

Diplôme de la Faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)

Ancien Assistant en Pédopsychiatrie

(Région Parisienne)

Formation en Sexologie Médicale

Formation en Electroencéphalographie (E.E.G)

Formation en Pédopsychiatrie

الدكتور حمداني الحسن

اختصاصي في الطب و العلاج النفسي

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات الطب

النفسي للأطفال في ضواحي باريس

تكوين في الطب الجنسي

تكوين في التخطيط الكهربائي للدماغ

تكوين في الطب النفسي للأطفال

M. (Mlle) :

Bouab

Mohammedia :

1511123

LAILA

(180,00 x2)

1) FLUOXETIN

(27,00 x3)

4 ALIJEAR

35,70

3) ALIRAZ

T= 476,70

ar 2

45 jms

Dr. El Hassane HAMDANI
Psychiatre - Psychothérapeute
3, Rés Oasis, Bd Mohamed V
Appt N°2 - Mohammedia
Tél : 05 23 32 77 22

Signé :

LOT 232001 1
EXP 06 2026
PPV 180.00

Fluoxet* 20 mg

30 gélules

Remboursable AMO



6 118000 021681

LOT 232001 1
EXP 06 2026
PPV 180.00

Fluoxet* 20 mg

30 gélules

Remboursable AMO



6 118000 021681

LOT: 09923337
PER: 05/2028
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR* 50 mg
sulpiride

20 Gélules



6 118000 230250

LOT: 09923337
PER: 05/2028
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR* 50 mg
sulpiride

20 Gélules



6 118000 230250

LOT: 09923337
PER: 05/2028
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR* 50 mg
sulpiride

20 Gélules



6 118000 230250

LOT 230958 1
EXP 03 2026
PPV 35.70

Alpraz* 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530