

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **5459**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHAHOUI DRISS**

Date de naissance : **21/08/1958**

Adresse : **LOT SAFSAF N° 63 MARRAKECH**

Tél. : **0619832107**

Total des frais engagés :

1040,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MOHAMED LAKLOUMI
PSYCHIATRE
124, Appt 3, Massira 1 - Marrakech
Tel: 05 24 34 29 40

Date de consultation : **11 NOV. 2019**

Nom et prénom du malade : **CHAHOUI Naima**

Age:

Lien de parenté : **Conjoint**

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **MUPRAS**

En cas d'accident précisez les causes et circonstances : **22 NOV. 2019**

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.

ACCUEIL

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 :

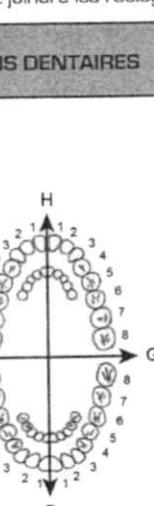
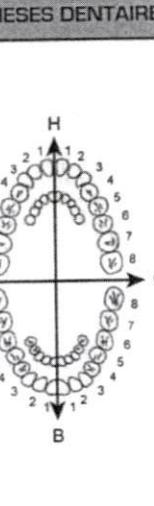
Le : **/ /**

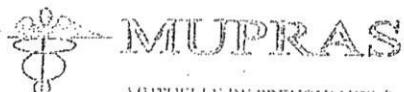
Signature de l'adhérent(e) : **EZ**

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
11 NOV. 2019	S	=300= 11		INP : DAH0839912

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>El Houda</i> <i>El Houda</i> <i>Hassani</i> <i>01:05 23 24 33 66</i>	11/01/19	1040.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DEBUT D'EXECUTION				
				FIN D'EXECUTION				
				ODF PROTHÉSES 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			
					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								



MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 11 NOV. 2019.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M : CHAHADI NAIMA

Présente

Tr. Lopressor per os

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Pris ns

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras@royalairmaroc.com

Psychiatre

Ancien Psychiatre
des Hôpitaux Psychiatriques

إختصاصي

في الأمراض النفسية والعصبية

طبيب نفسي سابق

مستشفيات الطب النفسي

ORDONNANCE

Le : 11 NOV/2019

Dr. CHAFFAI Naima

289.00



1/ Quetiapine LP 300 x 1cp Aoir
99.00 x 2

2/ Velaxor 25 x 1. 0. 1 SR

3/ Athymil 30 : 2cp x 1 SR

4/ Temesta 2,5

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
LOT: 9MA021
PER: 04/2021
P.P.V: 29DH50
Barcode: 6 118000 011576

~~Temesta 2,5~~

5/ Magnine

~~1040,40~~

Durée de traitement :

RDV **Pharmacie Al Houda**

El Fenn - El Hamza

Doukkala - El Hamza

12 C Appt. 3 Massira - Marrakech

El Fenn - El Hamza

Marrakech Tel: 05 21 34 33 66

Tel: 05 24 34 29 40 - E-mail : medlakloumi@gmail.com

مدة الـ 99,00
الموعد

12، حرف C، الشقة 3 المسيرة 1 - مراكش

98,30

98,30

98,30

LOT N°:

0901277

01/2022

179DH00

LOT N°:

0901277

01/2022

179DH00