

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

- Reclamation : 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 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° W19-431614

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : A.M. N. ABDENB.

Date de naissance : 3 8 1963

Adresse : habituelle

Tél. : 4085

Total des frais engagés : 300 + 282 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27-02-2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection de longue durée

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 : CMN Le : 31/3/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
27.02	C.S	C.S	300 D.H	INP : 09 84 84 84 84
20/6				

Docteur Afaf BACHMANI
 Psychiatre Psychologue
 Boulevard Taza n°3 Etage 3
 Ain Chouk Casablanca Tél: 0522 17 17 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH CHARAF Dr. Bouchra TAOUFI Coopérative Ach Charaf N°DM2 Hay Inara Haddaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	27/02/2020	282,00

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AFAT SAGHRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

- Diplômée en Thérapie Cognitive - Comportementale
- Diplômée en Addictologie
- Diplômée en Psychogériatrie
- Diplômée en Pédopsychiatrie



الدكتورة عفاف صغرانى

إختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

• أخصائية في العلاج المعرفي السلوكي

• أخصائية في علاج الإدمان

• أخصائية في علاج الإضطرابات النفسية للمسنين

• أخصائية في الطب النفسي للأطفال والمراهقين

Casablanca, le 27/02/2020 الدار البيضاء

Docteur Afaf SAGHRANI
Psychiatre - Psychothérapeute
Boulevard Taza Imm. 3 Etage 1 N°1
Ain Chouck Casablanca - Tél.: 0522 87 18 43

Bennis Merve

$34,00 \times 3 = 282,00$

7/5

1) Melancon 34 mg

1 gelule

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. BOUCHRA TAOUDI
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

LOT N°: 1907454
EXP: 07/2022
PPV: 94DH00

LOT N°: 1907454
EXP: 07/2022
PPV: 94DH00

LOT N°: 1907455
EXP: 07/2022
PPV: 94DH00

Mabrouk de 3 Mars

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. BOUCHRA TAOUDI
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

Docteur Afaf SAGHRANI
Psychiatre - Psychothérapeute
Boulevard Taza Imm. 3 Etage 1 N°1
Ain Chouck Casablanca - Tél.: 0522 87 18 43

Boulevard Taza Imm. 3, 1^{er} Etage, N° 1, Hay Inara 2 (Près de Prefecture de Police Ain Chock) - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 87 18 43 - GSM : 06 44 94 94 95

E-mail : saghraniafaf@gmail.com - Site Web : www.saghraniafaf.ma

I.C.E. : 002065385000002 - T.P. : 34000372 - I.F. : 25204067 - C.N.S.S. : 1146729