

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19- 065152

ND: 34398

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 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 : 1010 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TAHAMOU Saïd

Date de consultation : 08/07/2020

Nom et prénom du malade : CHAHOUI NAÏMA Age : 68 ANS

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

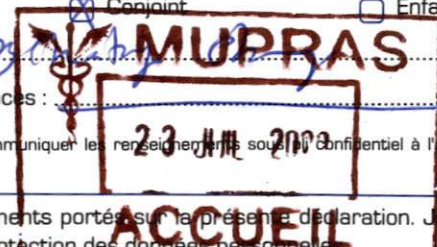
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Marrakech Le : 08/07/2020

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
08/07/2020	C		300 DH	Dr. TALHAOUI Saïd PSYCHIATRE Psychothérapeute Rés. Al Mouharriz Imm. D. 2 étage N° 5 Av. Abdelkrim El Khattabi Gueliz Marrakech Tél: 06 61 54 29 46 - 05 24 43 48 35

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Fekari Hamza Lot Targa 360 Hay El Hassani Marrakech - 764 05 24 33 66	08/07/2020	10,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

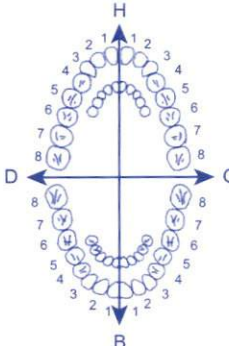
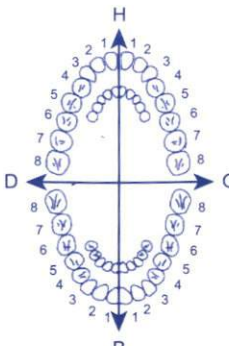
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 profession		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



Psychiatre

Psychothérapeute

Électroencephalographie

Diplômé de l'université M^{ed}V, Rabat

طبيب نفسي

معالج نفسي

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج جامعة محمد الخامس بالرباط

Marrakech le

08/07/2020

Chahoua Numa

072

04.00x2

① Velax 30 : (10h30) (15h30) (22h) (57)

08.30x3

② Athymil 30 : 0 0 4 1/2 (57)

08.50x3

③ Tenva 20 : 1 1 4 1/2 (50)

④ Quetzaphis LP 30 : (20h30) (22h) (57)

16.20x3

⑤ Nozmen 20 : 2 2 2 2 (57)

05.00x2

⑥ Zepax 10 : 1 1 1 1 (50)

M. Bentou

(30)

T 710.00

كلير، شارع عبد الكريم الخطابي، إقامة المهندز - الطابق 2 رقم 5، (قرب مرجان ماركت - كلير) مراكش

Gueliz, Rue Abdelkarim EL KHATTABI, Rés. Al Mouhandiz, 2^{ème} N° 5 - (Près de Marjane Market-Gueliz) Marrakech

Tél. : 05 24 43 48 35 • GSM : 06 61 53 29 46 • talhaouisaeayd@hotmail.com

LOT N°: 1909388
EXP: 09/2022
PPV: 94DH00

ALHAQUI Saeyd
ATRE / P.V. thérapeute
Pauline / Mme / Etage N° 5
rue El Khattabi Gueliz Marrakech
61 53 29 46 - 05 24 43 48 35

LOT N°: 1909388
EXP: 09/2022
PPV: 94DH00

07 AOUT 2020

98,30

98,30

LOT: 20E004
PER: 03 2022
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

LOT: 20E004
PER: 03 2022
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V: 29DH50
6 118000 011575

LOT: 20E004
PER: 03 2022
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V: 29DH50
6 118000 011576

LOT: 19E001
PER: 06 2024
NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 16DH20
6 118000 060475

LOT: 19E002
PER: 11 2024
NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 16DH20
6 118000 060475

LOT: 19E001
PER: 06 2024
NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 16DH20
6 118000 060475

PPV: 45,00

LOT:

PER:

PPV: 45,00

LOT:

PER: