

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 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° W19-515207

41633

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **R-A-M**

Matricule : **18213** Société : **R-A-M**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **ELFADA Mohamed**

Date de naissance : **05/09/55**

Adresse : **FIN CHOK rue 29 dk 34 CAA**

Tél : **06 19 85 18** Total des frais engagés : **1276,50 -** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **23/09/2020**

Nom et prénom du malade : **CASRI Amel**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

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 : **23/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
23/09/2020		2	300,00	INP : 09/11/2020 Dr. Mohd ELKADIRI Psychiatre - Psychothérapeute Psychiatrie - 3ème Etg. Appt.15 Boulevard - Mohammadia

Dr. Mohd ELKADIRI
Psychiatre - Psychothérapeute
Res. Raviya, Imm A, 3ème Etg. Appt.15
Bd Abderrahmane Serghini - Mohammadia
Tél : 05 23 30 21 20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/2020	976 F

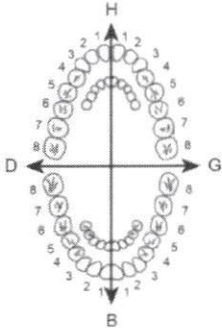
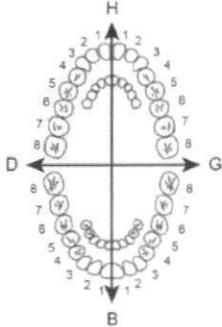
[illegible][illegible]

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input 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

Dr. Maha ELKADIRI

Psychiatre – psychothérapeute

Spécialiste en :

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Addictologie

Thérapie cognitivo-comportementale

الدكتورة مها القادري

طبيبة نفسانية

إختصاصية في:

الاضطرابات النفسية

هقين

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 83,70 DH

ID : 645125

6 118001 140237

Région de Rabat

PPV: 83,70 DH

ID : 645125

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 83,70 DH

ID : 645125

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 83,70 DH

ID : 645125

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 83,70 DH

ID : 645125

6 118001 140237

PPV :

LOT :

PER :

LOT :

PER :

Dr. Maha ELKADIRI

Psychiatre - Psychothérapeute

Rés. Rawiya, Imm. A, 3ème Ét. Appt. 15

Bd. Abderrahmane Serghini - Mohammedia

Tel.: 05 23 30 21 20

إقامة راوية، عمارة (أ) الطابق 3، الشقة 15، شارع عبد الرحمان السرخيني، المحمدية

Résidence Rawiya, Immeuble A, 3^{ème} étage, Appt 15, Bd Abderrahmane Serghini, Mohammedia.

Tél : 05 23 30 21 20 - Email : dr.elkadirimaha@gmail.com

78,00

L 23 EU 3
PER 03 23

78,00

L 23 EU 3
PER 03 23

78,00

L 23 EU 3
PER 03 23

78,00

L 23 EU 3
PER 03 23

78,00

L 23 EU 3
PER 03 23

78,00

L 23 EU 3
PER 03 23