

## 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



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-463669

47898

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 9123	Société : 17 NOV. 2020
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : EL ZAIFF YOUSSEF	
Date de naissance : le 22 octobre 1966	
Adresse : 0610-03-10-40	
Tél. : Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Hajaj NISSIDI Psychiatre Pédopsychiatre Psychotérapeute Psychotérapeute à Casablanca 0514-90-44-27	
Date de consultation : 02/09/2020	Age:
Nom et prénom du malade : BOUZIANE Zoubida	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Troubles anxieux	
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  
Signature de l'adhérent(e) : 19 NOV. 2020

ACCUEIL :  
Le 17/11/2020.

## **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
02/09/2020	CNP8Y		300 DH	INP : Dr. Hajaj N. Psychiatre - Pédiatrische 104, Rue Jardine Al Qods Casablanca N°31 - Tél : 0524-80-44-30

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 115 L'Assomption 205 Boul. Montréal, Québec H3C 2A1	02/09/12	381.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hajar MEHDI

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant  
et de l'adolescent

Addictologie

Psychothérapie



الدكتورة هاجر مهدي

اختصاصية في الأمراض النفسية  
والعصبية

الطب النفسي للطفل والمرأة

طب الإدمان

العلاج بالجلسات

## Ordonnance

Le Dimanche 02/09/2020

N°  
7

Zouida BOUZIANE -

g.m. 00

1/ Velaxor LP 37,5 mg

1 gélule / matin

LOT N° : 1001835

131722

EXP : 12/2022

PPV : 94DH00

placez par.

179,00

Velaxor LP 75 mg

1 gélule / matin

131722

2/ Alurix 50mg

1 - 1 - 1 x 15 jours

LOT : 03020010  
PER : 07/2025  
PPV : 27.000DH

puis 1 - 0 - 1

27.000  
LOT : 03020024  
PER : 07/2025  
PPV : 27.000DH

27.00 x h

381,00

Praticien des Cygnes  
Mme LAHROUR SAMIA  
236, Boulevard de l'Oasis  
Télé: 0522.50.49.20 - Casablanca

27.00  
LOT : 03020025  
PER : 07/2025  
PPV : 27.000DH

Traitements de 01 mois -

Rendez-vous le 01/09/2020 à 14h

Dr. Hajar MEHDI  
Psychiatre, Pédiopsychiatre  
511, Bd Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie", 4ème étage, n° 31  
4ème étage, 0514.90.44.30 - 0522.50.49.20 - dr.hajar.mehdi@gmail.com

511, Bd. Al Qods, Résidence "Les Jardins Al Qods Californie", 4ème étage, n° 31

شارع القدس، إقامة "حائق القدس كاليفورنيا"، الطابق 4، رقم 31

0614.90.44.30 - 0522.50.49.20 - dr.hajar.mehdi@gmail.com