

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 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° W21-714964

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : OVRHZA AHMED

Date de naissance : 06/09/65

Adresse : 38W5 SIHAM RUE5 APPT 7 CALIFORNIE CASA

Tél. : 0673712738 Total des frais engagés : 529,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : OVRHZA AHMED

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

Nature de la maladie : Dermatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-pi-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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/11/22

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-714964

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6874

Nom de l'adhérent(e) : OVRHZA AHMED

Total des frais engagés : 529,60

Date de dépôt : 11/11/22

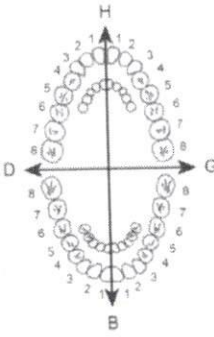
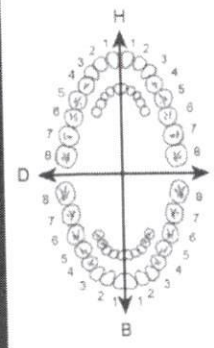
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur	Date	Montant de la Facture
	17/10/22	279.60

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
					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"/>											
	<div style="text-align: center;">H</div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D ————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412		21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D ————— G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. BOU-OUHRICH

Spécialiste en Dermatologie
Maladies Vénériennes
et Maladies du Cuir Chevelu

Médecin Expert Près les Tribunaux

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSSEF LAHABILI LAHLOU
Rés. «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

Casablanca le

الدكتور م. بو و حريش

اختصاصي في أمراض الجلد
والشعر و الأمراض التناسلية

طبيب خبير محلف داخل المحاكم

17 / 10 / 2022

Mr OURHAL AHMED

89.00

1- Sedasteril spray

$\frac{1}{2}$ pulv x 2 j pdt

74,80 x 2

2- Sepon 500

$\frac{1}{2}$ cp x 2 j pdt

14.00

3- Compressees chaudes

$\frac{1}{2}$ app x 2 j pdt 3 jours

27.00

4- Spar adrap hypsallerg

279.60

