

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0056959

172651

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000313

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL OUAFI ZOIRA

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse :

Boulevard Mohammed VI Rue 46 N°16

Tél. :

0630 73 43 26

Total des frais engagés :

MUPRAS 24 AOUT 2023 ACCUEIL Z. AIT ALI

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

EL OUAFI ZOIRA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Fracture de la main droite

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - ww

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
03/08/23	C2	150	150 DHS	Dr. Chahoua Traumatologie Service de la chirurgie Hôpital de la Faculté de Médecine Alger 03 1 43 35 52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/08/23	715	150 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

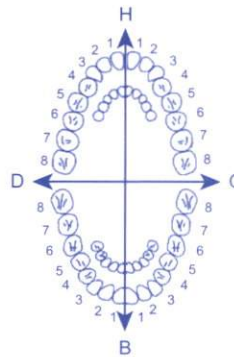
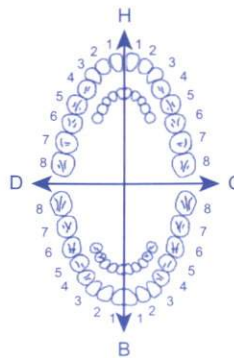
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE: 06/07/23

NOM & PRENOM : EL OUAFI ZOHRA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX 5^{eme} DOIGT G F/3/4 de contrôle

- Embrochage d'une fracture diaphysaire du P1.



F. A. ADABI
Radiologue
Tél: 001035759

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 16020

Date d'émission : 06/07/2023

Page : 1

DECOMPTE

N° de séjour : 123003230

N° de séance : 202307060414

N° IPP : 0000964595 EL OUAFI,Zohra P100

Né(e) le : 01/01/1950

UF de présence : 1001 CHR.GLE & VISCERALE
UF demandeur : 1001 CHR.GLE & VISCERALE
Date et heure : 06/07/2023 11:54
Intervenant : 10545 DR LAZRAK

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	EQUIPE RADIO	Examen radiologique du pied, minimum deux incidenc	Z	10.00	1.00	15.00	150.00

Total : 150.00





وصفة ORDONNANCE

le

Choufi 70bre

N'a s'agit de
J'ai profil

Dr. Chafiq KARDALI
Traumatologue-Orthopédie
جراحة العظام والمفاصل-جراحة الكسور
الجراحة التقيضية
INPE: 031442609



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06