

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° W19-568195

173967

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3541 Société : RAM - Retraité RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : HAMMAMI Abdelhamid
 Date de naissance : 25.3.54
 Adresse : 57 ANCE NO 4 Bd Rachid Chetoui
 Tél. : 0671069131 Total des frais engagés : 1318,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15-08-2023
 Nom et prénom du malade : HAMMAMI ABDELHAMID Age : 68 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection de radiologie
 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 : Casa Le : 15/08/2023
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 15-08-23 | Cg | | 2500H | INP : 061315313 Dr. [Signature] Dentiste Vénérologie Tél : 05 22 60 13 06 |
| 22-08-23 | Kro | | 1000 DM | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| [Signature] | 22/08/23 | 173,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

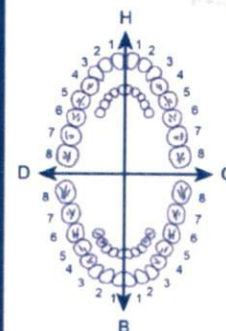
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

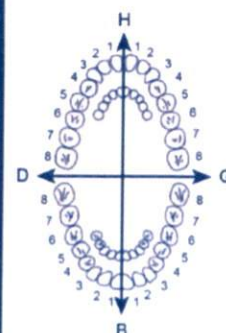
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ALJ MAHA
Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie

- Maladies de la Peau, Cheveux et Ongles
- Chirurgie Dermatologique
- Dermatologie Pédiatrique
- Manifestations cutanées des maladies systémiques
- Dermato - Allergologie
- Infections sexuellement transmissibles
- Maladies de la muqueuse buccale et génitale
- Lasers médicaux
- Dermatologie Esthétique



الدكتورة علع مهي
أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

- أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الأعراض الجلدية للأمراض الباطنية
- الحساسية الجلدية
- الأمراض التناسلية
- أمراض الأغشية المخاطية للفم و الأعضاء التناسلية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

ORDONNANCE

1e 22/08/2023

89.00

Mr Hammami Abdelkar

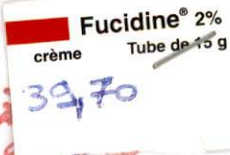


1/ Sedastent ~~crème~~ lavante diluée
dans l'eau

SD36 032
LOT PER
Prix 89.00

39.70

bien rincer et sécher



2/ Fucidine ~~crème~~

18.00 1x/5

3/ Compresses stériles

27.00

4/ Sparsadrap

173.70

Dr MAHA Salih ALJ
Dermatologue - Vénérologue
05 22 60 13 06
06 22 60 5313

RDV ds
1 sem.

☎ 05 22 60 13 06 ✉ dr.alj.dermato@gmail.com

📍 Angle Bd Oqba Ibn Nafii et Bd. Grande Ceinture, Résidence El dorado A, Etg 3, Appt 8,
Hay Mohammadi - Casa blanca

- Maladies de la Peau, Cheveux et Ongles
- Chirurgie Dermatologique
- Dermatologie Pédiatrique
- Manifestations cutanées des maladies systémiques
- Dermato - Allergologie
- Infections sexuellement transmissibles
- Maladies de la muqueuse buccale et génitale
- Lasers médicaux
- Dermatologie Esthétique



- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الأعراض الجلدية للأمراض الباطنية
- الحساسية الجلدية
- الأمراض التناسلية
- أمراض الأغشية المخاطية للفم والأعضاء التناسلية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

ORDONNANCE

12/22/08/2023

M- Hammami Abdeslam.

Electrocoagulation

de
Kerato seborrhéique

(1000 dr-h)

Dr. A. Salih ALJ
Dermatologie - Vénérologie
05 22 60 13 06
061315313