

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

- 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

M22- 0038835

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7735

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : WASMIH SAADIA

Date de naissance : 12/12/1964

Adresse : Hôpital

186062

Tél : 06 76 86 605

Total des frais engagés : 250 + 516

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Lot. Firdaous GH 25 A Apt. 1
30, Bd. Oum Rabii Oulfa - CASA
05 22 90 68 94

Date de consultation : 04/12/2023

Nom et prénom du malade : WASMIH SAADIA

Age : 59

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

CNF - entorse ORL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : 6707-0111

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 : 04/12/2023

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
04/12/2023		2	250DH	Dr. Amine SAIDI Spécialiste O.R.L. Chirurgie Cervico-Faciale Lot Firsiroti 01125 A Appt. 1 30, Bd. Oum Rabii Oulfa - CASA 05 22 90 68 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/12/23	516,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

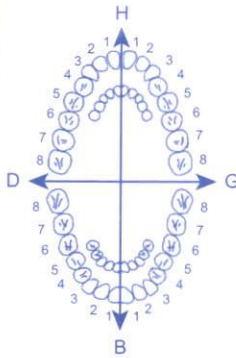
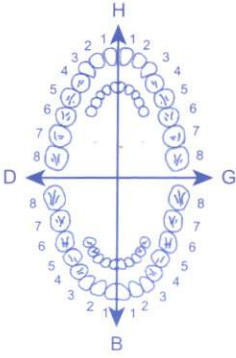
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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																			
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL

et en Chirurgie Cervico - Faciale

Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعيدي

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه و العنق

اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca le

4/12/23

الدار البيضاء في

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Lot 1, Oulfa 25 A Apt 1
30, Bd. Oulfa 25 A Apt 1
05 22 90 68 94

Wassim Saadiz

138,30

PPV: 138,30 DH
LOT: 651019
PER: 10/24

Augmentin 900mg
2g + 2g

20,00

PPV: 20DH00
PER: 06/26
LOT: M2175

Doliprane
mg + 2/05

40,90

LOT: M1083
PER: 07/2025
PPV: 40,90DH

Anaestrol 20mg
3g 6 Marts/04

115,00

Avamis

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
118001 112262

mg 2/

102,60

LOT: 111
PER: JUN 2025
PPV: 102 DH 60

DR. SAIDI
05 22 91 17 31
05 22 90 68 94

~~Amnis~~
6 8011

30,80

LOT: 4634
PER: 10-27
P.P.V: 30 DH 80

~~modat~~

chul. 8/05

28,10

~~Waglene salut~~

Lot:
EXP:
PPV (DH):

49,30

~~Shah q 30 05~~
1/2 h creant to
a sucor

PPV: 40 DH 30

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgien ORL Faculté
10, Bd. Mohammed VI Apt. 1
30. 60 Ville de Oulfa - CAS
05 22 90 68 94

صيدلية حي الويام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tel 05 22 91 17 31
INPE 092030949

صيدلية حي الويام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tel 05 22 91 17 31
INPE 092030949

516,00