

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.

Déclaration de Maladie



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

N° W19-475520

N° D : 14159.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

A GOLI TI DR ISS.

Date de naissance :

26/02/1963

Adresse :

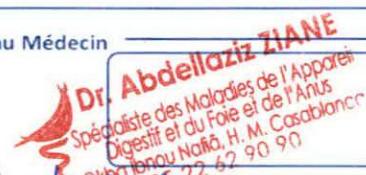
Habituelle

Tél. : 06 22 49 92 77

Total des frais engagés : 711,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/12/2019

Nom et prénom du malade : AGOUTI DR ISS Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Agf

Nature de la maladie :

Iptm + bnlk

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 :

Signature de l'...:



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
20/11/2015	C	3	3000000	INP : 91M1671 Dr. Abdellah ZIANE Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie et de l'Anus 020 33 62 90 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Coordonneur	Date	Montant de la Facture
	20/12/13	41100

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

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'ODDF.												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				INP : <input type="text"/>								
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411	11433553
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
35533411	11433553											
		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"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Cabinet d'Hépato-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 20/12/2019

Mr AGOUTI Driss

57, Bd Okba Ibnou Nafiâ,
Hay mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziane@yahoo.fr

Fibroscopie
Diagnostique
et thérapeutique

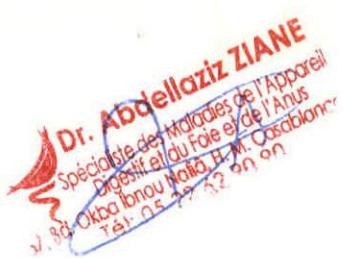
Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

- 1/20 → AULCER 20
1 gélule le matin , avant repas
- 3/26 MÉTROZAL 500
1 comprimé, 2 fois par jour, au milieu repas
- 1/25 SEPCEN 500
1 comprimé, matin et soir, avant les repas
- 3/29 → NURODOL 400
1 comprimé, 3 fois par jour après repas
- 3/04 → MUSEON
2 comprimés, 3 fois par jour



LOT : 19028
PER : 08-2021
PPU : 102,00 DH

METROZAL®
Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés
PPV : 32,50 DH
6 118000 190967

LOT : 058 09/22
PER : 10/22
PPV : 196,00 DH

196,00

10 Compr
Pellic
Ibuprof
PPV 30,00 DH
LOT N948 PER 09/22

LOT : M0240
PER : 06/2022
PPU : 60,40 DH