

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° W19-491846

NID: 35599

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13139

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AHOU LAMERANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0663 298223

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAHADOT IKRAM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 23 / 07 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES IRISSES SARL 164, Bd d'Anta Angle Rue Molère-Casablanca Taxe Professionnel: 35621943	29/12/20	329,10

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

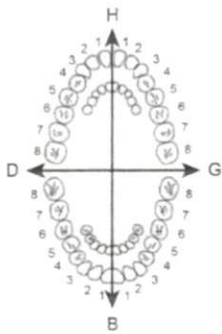
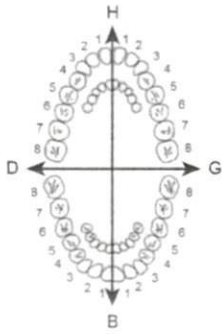
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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	<div></div>																			
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRE					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																	
<table><tr><td align="center" colspan="2">H</td></tr><tr><td align="center">25533412</td><td align="center">21433552</td></tr><tr><td align="center">00000000</td><td align="center">00000000</td></tr><tr><td align="center">D</td><td align="center">G</td></tr><tr><td align="center">00000000</td><td align="center">00000000</td></tr><tr><td align="center">35533411</td><td align="center">11433553</td></tr><tr><td align="center" colspan="2">B</td></tr></table>					H				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<div></div>			
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D	G																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
[Création, remont, adjonction]																									
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
					DATE DU DEVIS	<div></div>																			
					DATE DE L'EXECUTION	<div></div>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

27.07.2022

Mme Bahane Hatim

Dr. Imane Hatim
Gynécologie - Obstétrique
430, Bd. Driss El Harj Cité Djennas
Tél: 05 22 555 000 - Casablanca

- 15.00 PLV
- 1) Zamosc 5g (SV) 1 sachet x 2j / 10j
- 16.60 M (SV) (S.P.)
- 2) Betadine Rouge (SV) (S.P.)
- 30.00 M (SV) DTUX x 3j
- 3) Ecrine 2g (SV) (S.P.)
- 41.70 M (SV) Spul x 3j
- 4) Madecassol poudre (SV)
- 34.00 PLV D app x 7j
- 5) Crémorine 5g (SV)
- 24.40 PLV D cas x 3j
- 6) Ocelpiane suppure 5g (SV)
- 7) Tandypha 80g

PHARMACIE LES IRISSES SARL
164, Bd. d'Anfa Angle Rue
Molère - Casablanca
Taxe Professionnelle: 35621913
R.C: 250427 I.F: 4045664

Dr. Imane Hatim
Gynécologie - Obstétrique
430, Bd. Driss El Harj Cité Djennas
Tél: 05 22 555 000 - Casablanca

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca

Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax : 05 22 39 14 15

42.0

8) Desinett des le 25 Jan

~~9) Avert~~

329.15

Rdv: des le 30 Jan

PHARMACIE LES RISES SARL
164 Bd d'Anfa Angle Rue
Molete Casablanca
Tél: 4045664
R.C. 250271 F. 4045664