

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° P19- 0042675

ND: 39491

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0397 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : NAH48 Abdellah

Date de naissance : 20/04/44

Adresse : 102 Lotissement MENDRONA SIGL

MARPOUE 1er

Tél : 0669585712 Total des frais engagés : Voir ordonnance

Cadre réservé au Médecin

Dr. My GHERIF SBAI

NEUROCHIRURGIEN

Bd Abdelmoumen 245 km C

TWIN Résidence Casablanca

GSM : 060 370 149

Tél : 022 277 185

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2020

Nom et prénom du malade : NAH48 Abdellah Age : 75

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : céphalée

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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHÉRENT

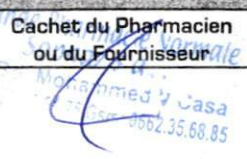
Adresses Mails utiles

- ☐ 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

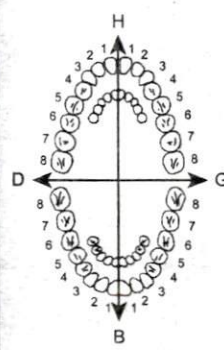
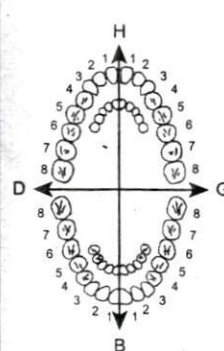
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/08/2020		1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/2020	7130

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

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

VISÉ ET ADHÉRENT

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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
D.D.F. (DENTS DENTURES)		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			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"/>
	H		G																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Docteur Moulay Chérif SBAI

NEUROCHIRURGIEN

Diplôme de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

Ancien attaché au CHU de Strasbourg
Exploration Neurophysiologique

N° d'inscription au tableau de l'ONM : 2937.

INP : 091125930

الدكتور مولاي الشريف سباعي

أخصائي في أمراض و جراحة الجهاز العصبي
و العمود الفقري

خريج كلية الطب بـستراسبورغ بفرنسا
جراح سابق بالمستشفى الجامعي لستراسبورغ
الفحص الكهربائي للجهاز العصبي

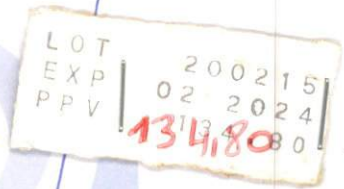


Casablanca le : 27/08/2024

Nom : NABOS Abdelhak

Nootropyl 300mg

4x2x4



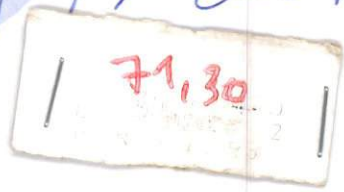
134.8

Grande Pharmacie Vormale
39, Bd Monastir y Casa
Tel: 0522 26 54 75/Gsm: 662.35.68.85

Trankal

2x2x3

Tra's Mo's



71.3

Grande Pharmacie Vormale
39, Bd Monastir y Casa
Tel: 0522 26 54 75/Gsm: 662.35.68.85

Relaxium 66



87.0h

1x1/1cav 1boute

Dr. Moulay Chérif SBAI
NEUROCHIRURGIEN
Bd Monastir y Casa
Tel: 0522 26 54 75
Gsm: 662.35.68.85

En cas d'urgence veuillez contacter la clinique au : 05 22 85 92 20

245 شارع عبد المومن، إقامة توين العمارة C، الطابق 1، رقم 4 - الدار البيضاء

245, Bd Abdelmoumen, Twin Résidence, Immeuble C, 1er étage n°4 Casablanca

E-mail : cherifsbai@hotmail.com: البريد الإلكتروني Tél/Fax : 05 22 27 71 85 : الفاكس GSM : 06 60 37 01 42: المحمول Patente : 36329230