

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

- 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

N° W19-540965

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSEM

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : QUARTIER AL MAZ- RESIDENCE AMBAR 3
IMM A- APPT 21- CASABLANCA

Tél. : 0661896053 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Laila ZOUAD
Gynécologue Obstétricienne
Nassima Bd. Anoual 1^{er} Etage N° 12
22 86 42 44 - 0662 15 05 19

Date de consultation : 24/8/2018

Nom et prénom du malade : Laila ZOUAD

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

Nature de la maladie : Gyneco

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 : Le : / /

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
24/08/20	Relevé	2000H		INP : 001607126
	non F. H. S.			

Dr. Laila ZOUAD
Gynécologue Obstétricienne
25, Bd. Massim, Bd. Moulay El Elage N° 12
20252 86 42 44 - 0662 15 05 19
INP : 051087126

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

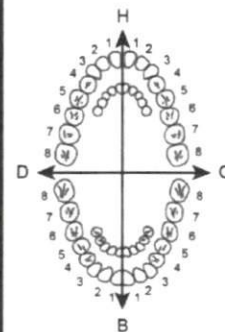
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Cyto-Pathologie 17 Louvre Centre n° 1 Angle Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleg Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50	24/08/20		2000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

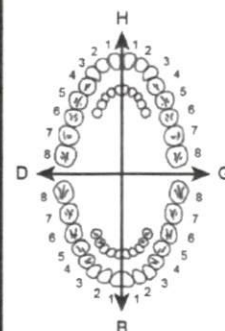
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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. Hind ALATAWNA

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Dr. Laila ZOUBAD
Gynécologue Obstétricienne

30 Rés. Nassima Bd. Anoual 1^{er} Etage N° 12
Tél: 0522 86 42 44 - 0662 15 05 19
INP: 061007126

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : Baiz Leila Mr ☐ Mme ☒ Mlle ☐ ENF ☐

Age : 31 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement : col. utérin

Cytologie :

- Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

metroule pour frottis →
col. Aggr. d'ectropion →
Frottis Cervic-vaginal

Radiographies :

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre center n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleaj Caso
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

Dr. Laila ZOUBAD
Gynécologue Obstétricienne
30 Rés. Nassima Bd. Anoual 1^{er} Etage N° 12
Tél: 0522 86 42 44 - 0662 15 05 19
INP: 061007126

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casablanca le 24/08/2020

FACTURE 20/1929

NOM ET PRENOM : BAIZ RAFIKA

Référence : C00824100

Nature du prélèvement : Frottis monocouche

Date du prélèvement : 24/08/2020

Montant de : 200 dhs.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cents dirhams.

Signé

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17, Louvre centre n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Labraj Cas
Tel: 0222 23 57 50 Fax: 0222 23 57 50

Patente N° 34708372

ICE :001864938000053

INPE :091151944