

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

- 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.

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° W19-506265

ND: 48888

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9900 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

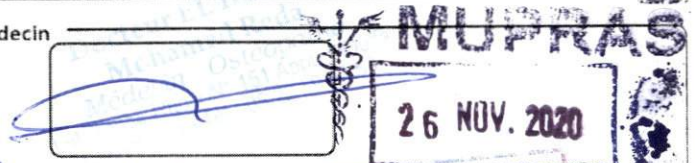
Nom & Prénom : ABDESAM ASM

Date de naissance : 04/05/1973

Adresse : Rte SARRENE APPT 2 ANWAM OULFA CASABLANCA

Tél. : 0661151698 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 19/10/2020

Nom et prénom du malade : Abdeslam ASM Age : 47

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

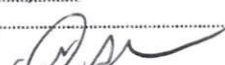
Nature de la maladie : Lumbago + fissure hémorroïdaire

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 : 19/10/2020

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
19/10/2020				INP : 0911804180

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/2020	185,75

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
		AM	PC	IM	IV	
	19/10/2020					502,26

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 : <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 border="1"> <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

Dr. EL BOURY Mohamed Reda

Médecine Générale - Ostéopathie

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Diplômé en Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Kingston de Londres
- Diplômé en Ostéopathie de London College of Osteopathic Medicine (OMT Training)



الدكتور البوري محمد رضى

الطب العام - الطب التقوي

للعظام والمفاصل

• خريج كلية الطب بالدار البيضاء

• خريج كلية العلوم الصيدلانية

بـون بلندن

للتقوي

(OMT Training) لندن

LOT: 200200
DLUO: 06/2023
87.00DH

s Deva Pharmaceutique

le 19/10/2020

M. Abdelaziz Elasm

87.00

1) Relaxine 300-g (b).

1 p; lenir (3 no)

28.50

2) Vitanevit 100 (b).

(S.V)

1 p x 2; (3 no)

PHARMACIE OUM FERRABY

D-AL-AN-AN

49, Boulevard OUM FERRABY 11470, EL OULFA
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 08 72 - Fax: 05 22 90 12 00

تجزئة الزوبر زقة 1. الرقم 151. الشقة 1. السفلي. الألفه - الدار البيضاء. ☎ : 05 22 69 03 53

Lot. Zoubir Rue 1 - N° - 151 Appt.1 - RDC - Oulfa - Casablanca - ☎ : 05 22 69 03 53

3) 69.95 MyneD

(commerce)

1 applicat^{es} x 2 j.



1 A.S., 75

Docteur EL BOURY

Melamed Reda

Médecin - Otorhinolaryngologiste
Fol. 2 - Rue T N° 151 Apt. 1 Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 69 03 53

PHARMACIE OUM ERRABII
Dr. Adnane BIDAH

49, Boulevard OUM ERRABII MAY HASSI EL OULFA
CASABLANCA - Tél : 05 22 90 08 72 - Fax : 05 22 90 12 66

Facture N° : 00001

Code Client : AQ 01

Date: 19/10/2020

Facture de Mr Abdeslam Qasm

Prestation	Tarif	Quantité
Séance de rééducation	250 dh	2 séances

Total : 500 dh

