

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

générales :

Le formulaire réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le formulaire 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.

Une autorisation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

actions 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.

Biologie 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 :

Une autorisation 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

Le présent document est soumis au respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0007572

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MOUSSA F. Abdelhakim

Date de naissance : Habituelle

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 70 86 55 61

Total des frais engagés : 43,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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

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

Signature de l'adhérent(e) : 1/12/2020





7,198 a

420

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
------	-----------------------

ЛВМ120	43,30
--------	-------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	

Date _____

Montant
des Honoraires

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

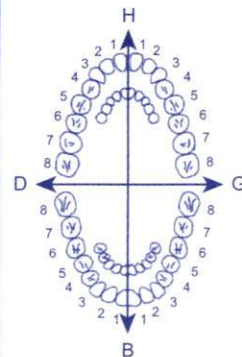
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



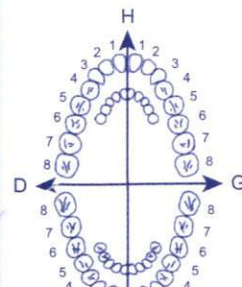
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

صيدلية الغفران
PHARMACIE GHOFRAË

الزنفعة 2 الرقم 116 بلوك «س» حي القدس سيدي البرنوصي - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

Grosser Atemschutz

Casa, le 16/11/2020 **FACTURE N° 009298**

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
1/2 kg sup	1	27,00	
Sonfrane gte	1	16,30	
7			
			43,30

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Signature

Cachet