

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° W19-552933

NID: 50485

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7375

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : WAHBI MOHAMED

Date de naissance : 01/03/1967

Adresse : Habituelle

Tél. : 0663 11 74 43

Total des frais engagés : 130 + 207,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : Wahbi Houda

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : affection respiratoire

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

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-552933

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7375

Nom de l'adhérent(e) : WAHBI

Total des frais engagés : 130 + 207,30

Date de dépôt : 07/12/2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicinal attestant le Paiement des Actes	
B/M/2020	C)		130,00	INF 09723848	
				Dr. A. M. N. N. N.	
				M. de la N. N. N.	
				Ed. E. N. N. (Sbatal) Casa	
				Tel.: 05 22 59 99	

[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	30000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	30000000	00000000										
	B											
	D <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		30000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	G											
	30000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

INP: | | | | | | | |

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN D EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal Zalim

SUIVI GROSSESSE
Echographie
Electrocardiogramme
ECG
Médecine générale



الفحص بالصدى - التلغزة
التخطيط الكهربائي للقلب
الحجامة
الطب العام

Casablanca, Le : 13/11/2020 : الدار البيضاء، في :

Wahbi Houda

66,40 + 33,20 = 99,60

1) Labiater

1 cp

le son

صيدلية أمان
Pharmacie AMAN
Dr. Houda Aman
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12
Hay Osra II - Ain Chock

S.V.
LAI
20 MI

LOT: 14520004
PER: 03/2025
PPV: 66,40 DH

28,00

2) Stodol

S.V.

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00



صيدلية أمان
Pharmacie AMAN
Dr. Houda Aman
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12
Hay Osra II - Ain Chock

Dr. Amal Zalim
Bd. El Jilane N° 6
Cité El Jilane (Sbaat)
7th Floor

79,70

3) 2 Hromox

1 cp

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3041



شارع الجولان رقم 616 درب فريحة قرية الجماعة (سباتة) الطابق الأول- البيضاء
الهاتف 05 22 59 99 77 البريد الإلكتروني E-mail : amal.zalim@gmail.com

