

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-576887

51278



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOULAY ISRISS

Date de naissance : 15/07/67

Adresse : 57 Rue 35 lot ALAÏMOUN OSA

Tél. : 06 61 31 27 55 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/12/20

[Signature]



RELEVE 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
01/01/2023	SD	1	25000	INP : 2023010527 Dr. M. Tounadji, 1er Sec. Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OASIS - CAYABAH 1, Bd Al-Jamiat Oasis - 106219840	9/12/2020	105,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

HIGH-PE ADHESIVE

RELEVE 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	11433553	35533411		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	21433552													
D	00000000													
B	00000000													
G	11433553													
35533411														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Fouad NCIRI

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Lauréat de la Faculté de Médecine Bordeaux II

Ancien Interne des Hôpitaux de France



الخصائص في أمراض وحاجة العيون

خريج كلية الطب سوردو فنسا

داخل ساقا بمستشفيات فنسا

**Spécialiste des Glaucomes
Chirurgie Vitréo - Rétinienne
et cataracte par phako-émulsification**

المبعاد

الدار البيضاء - ٢٠٢٤/٩/١٢

Casablanca, le :

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Ben Chirurg
Casablanca
Sur Rendez-vous
Tél: 0522.23.54.49 / 05.22.99.47.20
Casablanca

A OUDGEGELEID MEDICO-CHIRURGISCHE KLINIEK
Dr. J. VAN DER HORST

S.V.

75.00 Taler g. de ~~119x14~~

30 10

105.10

~~PHARMACIE JERRADA
51, Bd Al Makhzen Bouabid
Oasis - Casablanca
Tél: 0522.23.54.49 T 05.22.99.47.20~~

Barcode: 6 118001 102495
ZALEPC 0.25 mg/ml

ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

DISCUSSION / 103

Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV

PPV : 30,10 DHS

406994

Dr. J. P. Li
Li POSTAMINE
20 mg pulm

PHARMACIE JERRADA
51, Bd Al Harram Bouabid
Oasis - Casablanca
Tel: 0622.23.54.49 / 05.22.99.47.20

PHOTALMOLOGUE
Dr. Fouad NCIRI
Jouai, 1er étage Casablanca
Tél: 022.23.36.83.44

283- شارع الزرقطوني، الطالق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 06 61 19 75 41 - الفاكس : 05 22 39 87 22 - المحمول :

283, Bd. Zerkouni, 1er Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 39 87 22 - Fax : 05 22 36 83 44 - GSM : 06 61 19 75 41