

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.

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 Malad

N° M20- 000923

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

823

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LAAOUINA Khadija

Date de naissance :

01/01/1968

Adresse :

2h Tabine BEN HAYAN Casa Blanca

Tél. :

0661316712

Total des frais engagés :

500,20 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

23/11/2020

Nom et prénom du malade :

LAAOUINA Khadija

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ E

Nature de la maladie :

Maladie chronique

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le : 07/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09238

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 :

823

Nom de l'adhérent(e)

LAAOUINA

Total des frais engagés :

520,20 DA

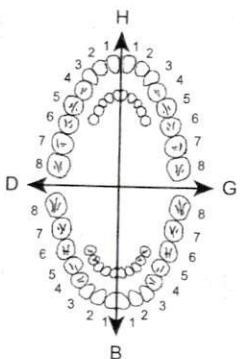
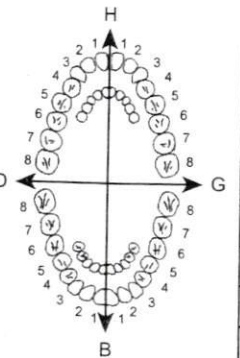
Date de dépôt :

07/11/2020

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 | |
|--|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR HASSAN BOURMMANI

Médecine Générale

Echographie

103, Place Oued El Makhazine
Casablanca

Tél.: 05 22 26 06 97

الدكتور حسن بورماني

الطب العام

الفحص بالصرى

103، ساحة واد المخازن

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 06 97

Casablanca, le 23/11/2020 الدار البيضاء في

Dr. HASSAN BOURMMANI
Koudia

69, 90

1) Biomec 10

120, 70

2) Aeras 10

61, 50

3) Vobac 15

99, 90

4) Cedex 20

350, 20

Dr. HASSAN BOURMMANI
Méd. Gén. - 103, Place Oued El Makhazine
Casablanca - Tél.: 05 22 26 06 97

Pharmacie des GÉNÉRATIONS
58, Rue Jaber Ibn Hayran
Sidi Belyout Bd Oued El Makhazine Casablanca
Tél: 0522 20 73 83 / 0522 26 50 32

LOT: 120816
EXP 01/2022
PPV 99.00DH

PPV: 61DH50
PER: 05/23
LOT: J1428



es LOT: 082-1
PER: FEB 2022
PPV: 120 DH 70

LOT: M0294
PER: 10/2021
PPV: 69.00 DH