

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pet@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 : Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc



Déclaration de Maladie

N° D. N° W19-427045

14917

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4975 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : HACHIMI ABDALLAH
 Date de naissance : 08-03-1961
 Adresse : JARDIN OUM RABIL GR 10 E6 N° 101 EL OULFA
 CALA BIAN EA
 Tél. : 06 87 62 62 93 Total des frais engagés : 325,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/19

Nom et prénom du malade : HACHIMI Abdallah

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Spéc / Rénal

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aura 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 : CASA BIAN EA

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
6/11/19	9		1100H	 Dr. Chafik F. 2d

MAFIKO

Dr.

WELLS-DINEEN
Bd Oued Oum Erret
1955, 51-55

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
16/12/18	171,6	

Date _____

Montant de la Facture

16112113

171.6

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Nombre

A

1

12 C

1

1 M²

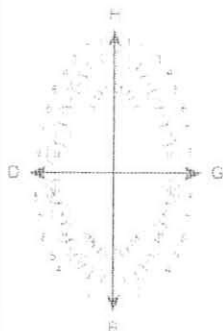
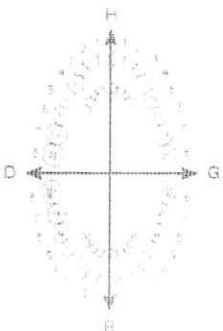
	Montant détaillé des Honoraires
--	------------------------------------

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement orthodontiques, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<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
	H											
	25533412	21433552										
	30000000	00000000										
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection			DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies, en cas de prothèses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de l'ECF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

SNP : | | | | | | | |

EFFICIENT
DES TRAVAILERSMONTANTS
DES SOINSDEBUT
EXECUTION

FIN EXECUTION

O.D.F.
PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

MASTICATOIRE

H

2005-05-10	21430582
00000000	00000000
00000000	00000000
00000000	00000000

□

(Creation, remont, adionction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SEINSDATE DU
DEVIS:DATE DE
LEGISLATION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS.

VISA ET PACHET DU BELARUSIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونتبيلييه 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

18/12/16

Handwritten signature: Hachim Asellah

116,00

- *Sphinx Sochut* (16) (16)

42, - *Proden* (16) (16)

17,60

- *Meocodun* (16) (16)

175,60

Handwritten notes and signatures

PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid Nasri
15bis Bloc 28
Hay Hassa
Tél 022 90 51 65

Dr. CHAFIK Fouad
Expert Assermenté
Bd. Oued Oum Errabi Rue 69, N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél: Cab. 05 22 9051 65

PPV:116DH00
PER:01-22
LOT:1229

LOT N°:

JT. AV:

PPV:

42,00

NÉO-CODION®

LOT 10007
PER 08/12
PPV 17DH00

17,60 →