

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-441573

ND- 20959

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROUSI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2020

Nom et prénom du malade : CHAH SAOUHDI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ACME

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

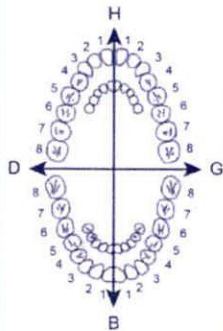
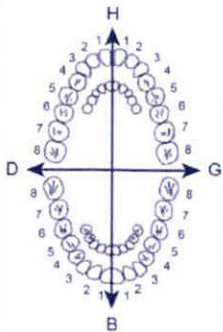
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
			MONTANTS DES SOINS										
			DEBUT D'EXECUTION										
			FIN D'EXECUTION										

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

	DATE DU DEVIS	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
	DATE DE L'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mounia Jarmoune

الدكتورة مونية جرمون

DOCTORAT EN MEDECINE

Faculté de Médecine - Casablanca

D.U DE DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Faculté de Médecine - Rabat

D.U EN LASERS MEDECAUX A VISÉE ESTHETIQUE

Faculté de Médecine - Rabat

NUTRITION ET DIETETIQUE MEDICALE

دكتورة في الطب

كلية الطب - الدار البيضاء

الدبلوم الجامعي في الأمراض الجلدية التدخلية

كلية الطب - الرباط

الدبلوم الجامعي في الليزر الطبي

كلية الطب - الرباط

التغذية و الحماية الطبية

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V. : 69.00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

Casablanca, le

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1 27182-Bouskoura

6 118001 071692

219

1/ Sebun gel larab

1 an 20/7

183

2/ Sebuclear hydro
SVK

1 an 29

230

3/ Sebuclear Active SVK
1 an le hr

146.60

4/ Epiduo gel

69 - 18/12

5/ Retatylsal 1 an le hr

67²⁰ 15 mg flud
1 en 2 pr

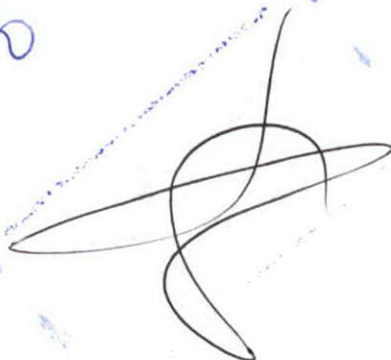
7/ Papule & lotion

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 ML
LOT 9MA002
P.P.V. 670H20
PER 05 2021
118000 010630

Moro

2 pr

1084, 80



Pharmacie
317, Bd. Adolphe
Tel: 05 22 46 05 70

