

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

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

N°: 20975
Contrat

Déclaration de Maladie : N° P19-0008012

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7357 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KERROUM Abderrahim Date de naissance : 14-09-1962
Adresse : BOULEVARD AZZOUZ U.B. N° 21 EL OULFA CHARRANDA
Tél. : 0615687865 Total des frais engagés : 488,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Khadija CHARKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
100, Résidence Al Ouaq Bd. Oum Rabii
Casablanca - Tél: 0522 89 79 34
Date de consultation : 12/10/2020
Nom et prénom du malade : MOUJER AMAL Age: 57.69
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Thyroïde
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 Le : 12 / 10 / 20
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0008012

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 : 7357
Nom de l'adhérent(e) : KERROUM
Total des frais engagés : 488,50
Date de dépôt : 4.2.20

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date _____

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires**VOLET ADHERENT**

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAİRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

2553341

2 21433552

1

- G

00000000
05500111

0	00000000
1	11111111

B

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A circular diagram representing a molecule with 16 numbered segments (1-16) arranged in a ring. The segments are numbered 1 through 16 clockwise starting from the top. The diagram is divided into four quadrants by a vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom, and a horizontal axis labeled 'D' on the left. The right axis is unlabeled. The segments are arranged in a ring, with the top half (H) and bottom half (B) each containing 8 segments, and the left half (D) and right half each containing 8 segments.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Endocrinologue - Diabétologue
Obésité - Nutrition

Ex. Médecin Chef
du Centre Régional de Diabétologie

اختصاصية في السكري و أمراض الأ
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا للمركز
الجهوي للسكر



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Casablanca, le

17-1-2020
NOUSER Amal

$13,40 \times 3 = 40,20$
 $40,20$



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

$6,80 \times 5 = 34,00$



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

54,10
162,50
Dr Khadija CHERKAoui ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologue
Diabétologue
100, Résidence Al Ofoq Bd. Oum Rabi
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34



236,50

Levothyrox 25
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238