

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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 069166

ND: 27524

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELB TAOUNI RACHID
 Date de naissance : 16-04-1976
 Adresse :
 Tél. : 06 58 91 31 86 Total des frais engagés : 354 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-069166

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination 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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											



W16-060229

DATE DE DÉPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle														
Nom & Prénom ELBTAOUNI RACHID																
Fonction Resp Financier	Phones 06-58-91-31-86															
Mail RELBTAOUNI@royalairmaroc.com																
MEDECIN		Prénom du patient SABER Henone														
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>														
Age		Date 22/05/2020														
Nature de la maladie		Date 1ère visite														
A plek 27p8te																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
C		130 DA														
PHARMACIE		Date 22/05/2020														
Montant de la facture		224,00														
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :														
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

Dr. Mustapha ERRAJJI
 Médecine Générale - Echographie
 1476 6 - 1er Etage
 Sidi Maamen - Casablanca
 Tél: 05 22 71 87 10 - Fax: 05 22 30 06 19
 Angle Bd de la Girondaise
 Casablanca
PHARMACIE DE LA GIRONDE
 Mme Chahrazed KHALIL
 1476 6 - 1er Etage
 Sidi Maamen - Casablanca
 Tél: 05 22 30 06 19 - Fax: 05 22 71 87 10

Docteur Mustapha ERRAJI

MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE

الدكتور مصطفى الراجي

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le 22/09/2022 في الدار البيضاء،

SABER

Homme

PHARMACIE

Mme Gharbaoui

Place KH

Angle Bd de la Giron

CASABLANCA

Tél: 0522 30 06

1) Napp F
4500 1 x 100

MAPHAR
POLYGYNA 6 capsules vaginales
Km 10, route Côtière 111 - Quartier Industriel, Zenata
Ain Sebaa Maroc
P.R.V. : 380H30

6 118001 182015

2) Ranciphar 2
11370 1 x 100 (S.V.)

PHARMACIE

Mme Gharbaoui

Place KH

Angle Bd de la Giron

CASABLANCA

Tél: 0522 30 06

3) ARiviar F
2700 1 gel x 20

4) Blygex out
3830 200

22400

Docteur Mustapha ERRAJI
Médecine Générale - Echographie
Lot. El Houria, Rue 14 N° 6 - 1er Etage
Sidi Moumen - Casablanca
Tél: 05 22 71 87 30 - GSM: 06 61 95 99 91

تجزئة الحرية الزنقة 14 الرقم 6 الطابق الأول - سيدي مومن - الهاتف: 05 22 71 87 30 - المحمول: 06 61 95 99 91 - البيضاء

Lot. El Houria, Rue 14 N° 6 - 1er Etage - Sidi Moumen - Tél.: 05 22 71 87 30 - GSM : 06 61 95 99 91

PPV: 113 DH 70

stérieur.
ants.
isant pas

الجرعة
الحل.
تة ملوية.

007:09:27010
PER:02/2025
JP:27.0000

22,00

LOT: 19E001
PER: 09 2022

NO-SPA FORTE 80MG
CP B20

P.P.V: 45DH00





مركز الدفعات

22/05/20 16:38:01

9900037749

99377401

PHARMACIE LA GIRONDE

Casablanca

A0000000032010

APP : VISA ELECTRON

EL BJAOUNI/RACHID.MR

XXXXXXXXXXXX0046

05/21 CARTE NATIONALE

BE759A315E2CD17B

626-0-9999-1-44

MONTANT: 224,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 051210

STAN : 006438

DEBIT

Le CMI vous remercie

GESTE BARRIERE : PAYEZ JUSQU A 400 DH EN SANS CO
NTACT SANS SAISIE DE VOTRE CODE

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT