

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, parodontologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon
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 Maladie

N° W19-592282

59-59

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8885

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

EL ABED HAKEM

Date de naissance :

27/07/1970

Adresse :

CALIFORNIA GOLF RESORT VILLA 82
VILLE VERTE BOUSKOURA CASABLANCA

Tél. :

0661 41 867

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAHJI ABDELHAKIM
Pédicure Podiatre
405, Rue Sidi El Ghazal
Tél: 05 22 50 12 05-05 62 72 41-51

MUPRAS
RECEPTION 8

Date de consultation :

30/11/2020

Nom et prénom du malade :

EL ABED SAAD

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

de diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 30/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

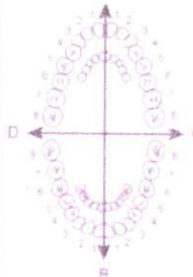
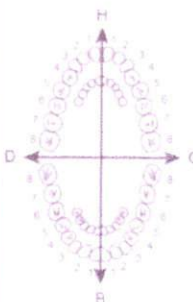
Handwritten signature

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/20	443.60

[illegible][illegible]

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

		MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION 																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25523412</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35523412</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	H				25523412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35523412		11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																														
25523412		21433552																												
00000000		00000000																												
D		G																												
00000000		00000000																												
35523412		11433553																												
B																														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Lahlou Mimi Amal



الدكتورة لحلو ميمي أمال

Pédiatre spécialiste

Maladies du nouveau né - Nourrisson - Enfant

Allergie - Asthme

Maladies respiratoire de l'enfant.

اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

أمراض الحساسية - الربو و الجهاز التنفسي

30 Novembre 2020

ICE : 001920875000044



INPE091044826

Bébé EL ABED SAAD

1/ ATOPICALM EMOLLIENT

1 application 2 fois par jour

2/ HUILE LAVANTE SVR

BAIN A LA DEMANDE

3/ DOLIPRANE SACHET 300

1 sachet fois 3 par jour si fièvre

4/ ISILAX SUSPENSION

1cac fois 2



Lot: 200381
A consommer de préférence avant le: 07/2024
PPC: 84,00 DH

شارع القدس إقامة الصفاء تجزئة السكن الأنيق عمارة 405 رقم 12

الطابق الثاني الدار البيضاء. الهاتف: 05 22 50 22 05 المستعجلات: 06 62 12 41 51

Bd. El Quods, Résidence Safaa, Lot.Assokan Al Anik, Imm.405 - 2ème étage N°12 Casablanca.

Tel: 0522502205 - GSM: 0662124151 - Email: lahloumimiamal@menara.ma