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

- 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

Déclaration de Maladie

№ W19-598280

70355

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☑ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5032 Société : RAM

☑ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELFADEL SAID

Date de naissance : 08/07/64

Adresse : N 167 FLORIDA Rue 7 CALIFORNIE CASA

Tél. : 0661342400 Total des frais engagés : #482,20# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohammed TAHA
Spécialiste en médecine physique et réadaptation
6, Rue Ahmed Naciri Casablanca
Tél. 05 22 98 [illegible]

Date de consultation : 08/04/2021

Nom et prénom du malade : M. ABDELFADEL Said né en 1964 Age:

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

Nature de la maladie : Capsulite retractile de l'épaule droite

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 : CASA **Le** 08/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS ACCUEIL 10 MAI 2021 IMMATRICULATION

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/04/2021	CS		300,- dh	INP : 08113210

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LILAS Soliket Lalla 1 bis, Rue Resident - Casa Près Hôpital Averroes Tél. 27.65.80	08/04/2021	182,20 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

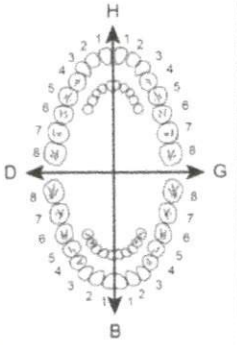
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

[redacted]

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient
				

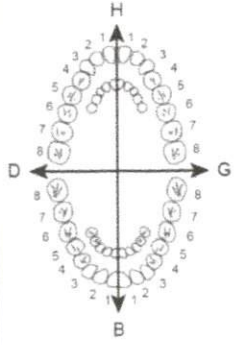
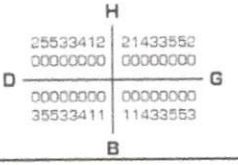
INP : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة الطب الفيزيائي و التأهيل - الطب الرياضي

Cabinet de médecine physique et de réadaptation - médecine du Sport

Dr. Mohammed TAHA
Spécialiste
Diplômé de la faculté de médecine
de Lille II (FRANCE)

الدكتور محمد طه
اختصاصي
خريج كلية الطب بليل II (فرنسا)

Casa le 08/04/2021

PPV:87DH40
PER:09/23
LOT:J2466-3

M. ABDELFADEL Saïd

1) Dolicox 120 (S,V)
87,40
1 cp/j le midi après le repas × 7j

PPV:14DH00 PER:01/24 LOT:K096
PPV:14DH00 PER:01/24 LOT:K096
PPV:14DH00 PER:01/24 LOT:K096

PHARMACIE DES LILAS
Sokkat Laïla
4 bis Rue Reaumur - Casa
Près Hôpital ...

2) Doliprane 1000 (S,V) trois boîtes
14,00+3
1 cp le matin
1 cp le midi 6 heures plus tard
1 cp le soir 6 heures plus tard
× 10 jours

PPV:52DH80
PER:06/23
LOT:J2888-2

3) Prazol 20 (S,V)
59,80
1 gélule/j le soir avant le repas

Docteur Mohammed TAHA
Spécialiste en médecine physique et réadaptation
Casablanca

6، زنقة أحمد الناصيري - إقامة أهل أكادير - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 94 99 98 22 05 / 64 92 98 22 05 - الفاكس : 43 41 99 22 05
6, Rue Ahmed ANNASSIRI - Résidence Ahl Agadir 1er Etage - Casablanca - Tél : 05 22 98 99 94 / 05 22 98 92 64
Fax : 05 22 99 41 43 - GSM : 06 61 31 81 26 - Patente : 34772113 - E-mail : m.taha@wanadoo.net.ma