

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Diagnostique 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 048167

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 7179 Société: RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom: EL KHALAOUI MOHAMED.

Date de naissance: 01-01-1959

Adresse: Boulevard ME Residence EL KHALAOUI
FMM I1 APP1 30 Berrechid.

Tél: 0671230228 Total des frais engagés: Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation: 28 AVR. 2021

Nom et prénom du malade: Solhi Bouchra Age:

Lien de parenté: ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ M ☒ P ☐ Femme ☐ Homme ☐ Enfant

Nature de la maladie: Dermatose

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: 28/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

MUPRAS
10 MAI 2021
ACCUEIL
H. HAKANI

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 AVR. 2021		CS	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/04/2021	65,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

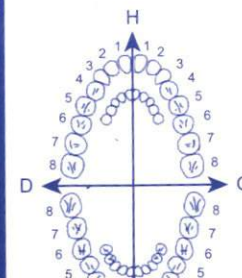
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénéréologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوتر

إختصاصية في الأمراض
الجلدية و التناسلية الحساسية
و علم التجميل و الليزر

Casablanca, le

28 AVR. 2021

Mme Solhi Bouchra

1^{er} / Lait au sel sulfuré
URIA CE 12 g

2^e / Crème hydratante
Capri derma
le matin 8 h

3^e / Depi white
advanced
15/2 21h

4e/ Hyaluron Filler
Crème

1512 218

5e/ Neoretin gel crème
SPF 50+

Do matini 9h

6e/ Ecran photoderma

10h - 18h - 16h.

32,50 x 2
2e/

Dipnolone pole No 2
1512 x 2
1513 x 2

= 65,00

Pharmacie Alla
Bd Med V, Cité Al Wahda imm.
Locaux N°4 et 5, Berrechid
Tél : 05 22 32 48 38

DR. ZOUHRA KANTAR
Dermatologue - Allergologue
Dermatoprog - Allergoprog
453, Abdelmounem El Khatib, Berrechid
Tél : 05 22 32 48 38 - Fax : 05 22 32 48 38

LOT : 665
PER : JAN 2024
PPV : 32 DH 50

LOT : 671
PER : JAN 2024
PPV : 32 DH 50