

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.

Biologie 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

N° D: 79667

Déclaration de Maladie : N° S19-0001798

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6807 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDOU ABDELAH Date de naissance : 25.04.1963

Adresse : RUE 282 N° 20449 MU ABDELAH

Tél. : 06 26 75 06 92 Total des frais engagés : 250, + 2277,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2021

Nom et prénom du malade : ABDOU ABDELAH Age : 15 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dentaire

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 : 04/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE BD MOHAMMED VI Angle Bd. Med Vi et ELKHALIL Rue 286 N°37 Hay My Abdellah Ain Chock Tél : 0522 50 48 26</p>	04/06/2021	2277.40

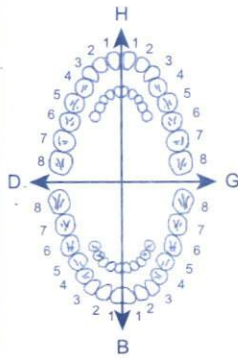
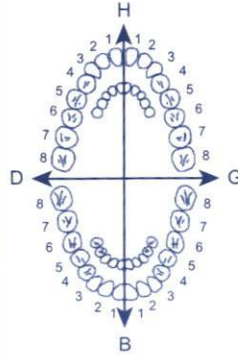
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

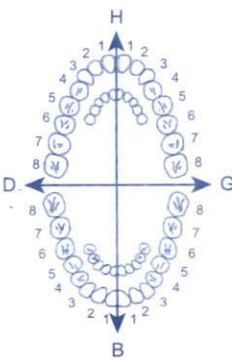
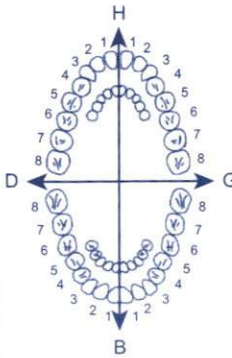
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>B</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div><div>G</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction)				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ahlam ASRIRI

**Spécialiste en Dermatologie
Medicale et Esthétique**

الدكتورة أحلام أسريري

طبيبة أخصائية في أمراض الجلد
الشعر و الأظافر

Cosmétique :

Filler, bôtox, méso lift, peeling

Laser

Chirurgie Dermatologique

Cicatrices et tâches Pigmentaires

Dermatologie Pédiatrique

طب التجميل

إزالة الشعر، الندوب و الأوشام بالليزر

إزالة البقع السوداء

أمراض الجلد و حساسية الأطفال

الأمراض التناسلية

Docteur Ahlam ASRIRI
Dermatologue-Cosmétologue
179, Bd Reda Gdara (ex ALNIL)
2ème Etage - Casablanca
Tél: 0522 56 20 13 - GSM: 06 62 15 92 16

Le : 04/06/2024

Ahmed Asmep

Curacne 20mg

2gell

+

Curacne 10mg

2gell

210.- 2 Centoures Ecran

600.-

3 Medocryl Serum

E-mail: ahlamasriri@yahoo.com

Tél: 05 22 56 20 13 - GSM: 06 62 15 92 16

179, Bd Reda Gdara (ex Nil)
2ème Etage - Casablanca

179, شارع رضى اكديرة (النيل سابقا)
فوق صيدلية أدبية - البيضاء

585

H/ 25 Green

Appx 22g



2277-40

Docteur Aïlam ASRI
Dermatologie-Cosmétique
Vélisrédologie
479, Bd Fida Caba (Ex Al Nil)
2ème étage Ben M. Stk Casa
Tél: 0522 56 20 13-Gsm: 0662 5 92 16

PHARMACIE BD MOHAMMED VI
Dr. Hind HARTI
Angle Bd. Med. VI et ELKHALIL Rue 286
N°37 Hay My Abdellah Ain Chock
Tél : 0522 50 49 34