

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 canalaire, 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 canalaire.

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'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

Union de Maladie

N° M21- 040516

☐ Maladie

☐ Dentaire

M.C

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAM RAM CHAFI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : Sidi MAAJOUF / ESSAHJAJ N° 285

Tél. 06 14 29 41 89

Total des frais engagés : 419,90 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/09/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHÉRENT

RELEVÉ DES SOINS DENTAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES SOINS DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et d'indiquer la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. MARTAH
SAÏDIA

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL MAHMOUD
34, Lot. Sade III
Tél: 0522 738 111
Casablanca

CASA

Le 02 09 2021

Facture N° 18

Quantité	Désignation	Prix	Montant
5	D. une Forte	4960	248.00
1	cardio Aspin	2770	2770
1	mylosker cr	4520	4520
1	oedex 20/28	9900	9900

un 9.90

Arreté la présente

facture à la somme

de quatre cent dix

neufs DH. 9045

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL MAHMOUD
34, Lot. Sade III
Tél: 0522 738 111
Casablanca

PPV:49,60 DH
LOT: 20J20
EXP: 10/2023

E® FORTE

les buvables

PPV:49,60 DH
LOT: 21F07
EXP: 06/2024

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

PPV: 27,70 DH
Bayer

6 118001 090280

LOT 200711
EXP 01/2023.
PPV 99.00DH

FORTE

les buvables

PPV:49,60 DH
LOT: 20F03
EXP: 06/2023

FORTE

PPV:49,60
LOT: 21A04
EXP: 01/20

FORTE

les buvables

PPV:49,60 DH
LOT: 21A04
EXP: 01/2024