

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-595257

83317

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 06688 Société : RAM

Matricule : 06688

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre BRISS

Nom & Prénom : FACHTA L

Date de naissance : 04/03/1964

Adresse : 321, Lt Namous, San Bnagja

Tél. : 0661310033 Total des frais engagés : 46,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.co

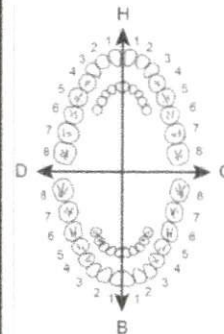
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/2021	46,70
		ENPE 0920996

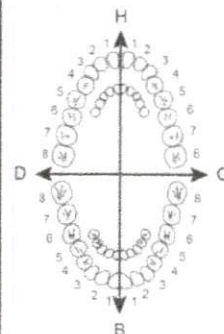
[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D		G																		
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
	<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
	<input type="text"/>																			
	<input type="text"/>																			
	<input type="text"/>																			
	<input type="text"/>																			
	<input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DES DARBISTES

Dr. ALAMI ZINEB

MOSQUEE NAOURAS RDC DE LA MOSQUEE OMAR AL FAROUK

NUMERO 3 DAR BOUAZAA 27 223, CASABLANCA

Patente N° 32900655

ICE 002159865000045

IS 50835138

Tél : 0522292859

Le : 09/03/2021

Facture Darbi

FACTURE :

du :

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	Zyloric 10	46,70	46,70	
		Total TTC	46,70	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quarante six Dirhams et 70 cts

~~PHARMACIE
D'S DARBISTES
E.I. 11, Av. 11, 2013
Mosquée Naouras RDC de la Mosquée Omar Al Farouk
Casablanca - 0522 29 28 59~~

ملغ **100**

زِيلُورِيك[®]

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 180497

EXP 03 2022

PPV 46.70 DH