

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-602019

103425



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2579

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BENAÏSSA AHMED

Date de naissance :

01 04 1943

Adresse :

habituelle

Tél. :

0671927004

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin
Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. BEN SGHIR Mustapha
Anesthésie Réanimation

101219608

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/01/2022

Nom et prénom du malade :

BENAÏSSA AHMED

Age:

74 ans

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e)

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Saham GOURGUI Directeur en Pharmacie A. Résidence Annabianca Tél.: 02-89-43-09 - Casablanca	Date	Montant de la Facture
	17/01/99	14.32.30 DH

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="text"/>																
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"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		H		G																
		25533412	00000000	21433552	00000000															
		D		B																
		00000000	35533411	00000000	11433553															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAOUI
Dentur en Pharmacie
4, Résidence Annaim Oulfa
Tél.: 022.89.43.09 - Casablanca

المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 17.01.2022

M^r BENAISSA ABDERRAHMANE

Eliquis 2,5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 960,00 DH

6 118001 170937

960,00

1/ Eliquis 2,5 mg CP

1S

(x100)

89,00

1 CP + 2 J

2/ Supradyn best

1S

PPC: 89,00 DH
LOT: CB02931
EXP: 06/2024

20,10 x 2

1 CP / J

3/ Décongestion 0,5 mg CP

LOT 210044

EXP 01/2024

50,10

PPV 20/10

LOT 210076

EXP 01/2024

20,10

08 CP / J

(x 28)

06 CP / J

(x 28)

04 CP / J

(x 28)

02 CP / J

(x 28)

pour ANNE

