

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-601183

104 853

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3535 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SALIH Ahmed

Date de naissance : 11/04/1957

Adresse : habituelle

Tél. : Total des frais engagés : 380,00 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 : CAS

Le : 21 / 01 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - 5ème Etage Angor Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier du l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
				INP :

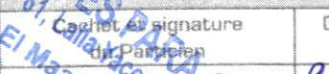
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

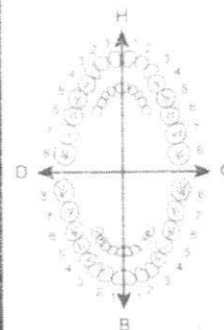
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

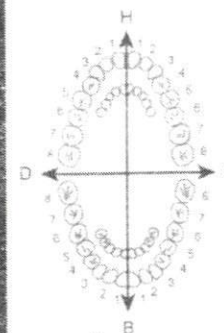
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/1/23					

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433553	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533412	11433553	
	B	

{Création, remont, adjonction}
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

SALIH AHMED

FACTURE N° : 2022000006

le, 21/01/2022

Code Client : 000001

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
682607535217	BANDELETTES ON CALL PLUS 50	2.00	140.00	280.00	20.00%
68260753511	KIT ON CALL PLUS	1.00	100.00	100.00	20.00%

YES PARA SARL
61 Lalla Yacout Ange M.
Casablanca 2ème Etage
Tél: 37518852 Fax: 37518853

316.66 20 % 63.34

TOTAL H.T. 316.66

TOTAL T.V.A. 63.34

TOTAL T.T.C. 380.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENT QUATRE VINGT DH.

YES PARA

Capital de 10.000.00 dhs | R.C.N° : 434551 | Tel: 37518852 | CNSS: 1546498 | ICE: 002279854000045



de la Glycémie

On-Call® Plus

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On-Call® Plus

نظام مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم

يعتمد عليه

نتائج مريحة خلال 10 ثوان

ميسور

التكلفة الفحص المنتظم يساعد على المراقبة

أقل إيلاما

عينة صغيرة جدا من الدم - 1µL
فحص من طرف الإصبع أو من الساعد



لاختبار نسبة الجلوكوز في الدم بكامله.
للاختبار الذاتي والاستخدام المهني.
للإستخدام الخارجي من الجسم فقط.





On·Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE



Français

Bandettes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On Call® Plus et On Call® EZ II.

Contenu:

- 50 Bandettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

Русский

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометра On Call® Plus и On Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального

использования.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Картовый чип
- Инструкция-вкладыш

العربية

أشرطة الاختبار

للمسح في الدم الكلي باستخدام جهاز في المنزل

On Call® EZ II , On Call® Plus

للغرض الذاتي والاستخدام المهني.

للإستخدام المنزلي فقط

المحتوى يلى:

50 أشرطة الاختبار

ورق قاعد

نشرة الخرجية



On·Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE



Français

Bandettes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On Call® Plus et On Call® EZ II.

Contenu:

- 50 Bandettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

Русский

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометра On Call® Plus и On Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального

использования.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Картовый чип
- Инструкция-вкладыш

- 50 اختبارية الغلوكس
- رقاقة كارد
- ورقة الخرجة

المحتويات:

للإستخدام الخاص في المنزل.
للغرض الذاتي والاستخدام المهني.

On Call® EZ II , On Call® Plus ليراقب السكر في الدم

للغرض السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز في المنزل

اختبارية الغلوكس

الخرجة