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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Déclaration de Maladie

N° W21-671019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAM

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : AVENUE BIR KACEM VILLA HAJAR SOUISSI RABAT

Tél. : 0668858991 Total des frais engagés : 357,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr K. ALZEMMOURI
NEUROLOGUE
2, Place My Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14

Date de consultation : 07-12-2021

Nom et prénom du malade : Benkiran Siham Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sclerose en Plaques

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 : RABAT **Le :** 10/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-671019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/12/21	Consultation		300,00	INP : 101009082 Dr K. ALZEMMOURI NEUROLOGUE 2, Place My Ali Cherif - Rabat Tél : 05 37 70 62 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الزهراء PHARMACIE ZAHRA 12, Av. Prince Moulay Abdellah Rabat - Tél.: 05 37 70 81 03 INP : 102057767	07/12/21	57,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

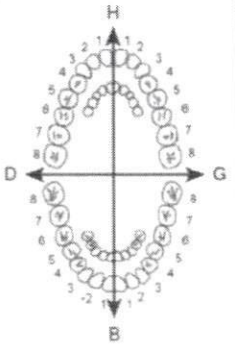
* Il est entendu que le réglement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient



INP : |_|_|_|_|_|_|_|_|

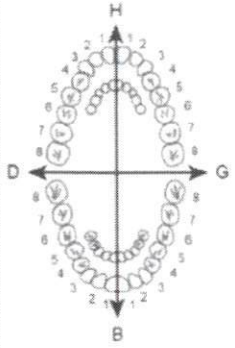
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

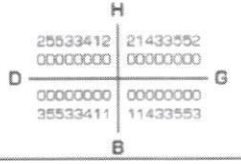
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT 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

Docteur ALZEMMOURI Khadija
NEUROLOGUE
Ancienne Maître Assistante
à la Faculté de Médecine de Rabat
Maladies du Système Nerveux

الدكتورة خديجة آل الأزموري
أستاذة مساعدة سابقا بكلية الطب
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي
ومرض الصرع

Rabat, le 07.12.2021 الرباط في

Mr BENKIRANE Sihaul

صيدلية الزهراء
PHARMACIE ZAHRA
12, Av. Prince Moulay Abdellah
Rabat - Tél. 05 37 70 81 03
INP : 102057767

Betaferon
1 inj s/c 1 j/2
28,80 x 2 / 57,60 x 3 mois

Vitaneuril Fort : 2 boîtes
1 cp x 3 fois/j
après le repas

Dr K. ALZEMMOURI
NEUROLOGUE
2, Place My Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14

28,80
PPV LOT PR

28,80
PPV LOT PR

صيدلية الزهراء
PHARMACIE ZAHRA
12, Av. Prince Moulay Abdellah
Rabat - Tél. : 05 37 70 81 03
INP : 102057767

2 ساحة مولاي علي الشريف – الرباط – الهاتف : 05 37 76 62 14
الكبار والصغار – بالميعاد
2, Place Moulay Ali Cherif (près de la place Piétri) - Rabat - Tél : 05 37 76 62 14
ADULTES - ENFANTS - sur rendez-vous
Patente n° : 05121472 - INP : 101009082

Dr. ALZEMMOURI Khadija
NEUROLOGUE
2, Place My Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14

الدكتورة خديجة آل الأزموري
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي
2، ساحة مولاي علي الشريف – الرباط
الهاتف : 05 37 76 62 14

FACTURE № 01637

Reçu de M : Benkirane Siham

La somme de : Trois Cent Dirhams **DH**

Pour ☒ Consultation

Date : 07-12-21

Dr K. ALZEMMOURI
NEUROLOGUE
2, Place My Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14