

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 dentaires, 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

Maladie

Dentaire

N° W21-683030

118272

Optique

Autres

Matricule : 12751

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : MAATOUQUI SYLIA

Autre :

Date de naissance : 18-11-1985

Adresse : Les MATHANA, 6e RAMAME, CASABLANCA

Tél. : 06 61293618

Total des frais engagés : 426,80 Dhs

Dr. Brahim EL WAFI

Spécialiste en O.R.L

Espace Erreda 52 Bd Zerkouri Etage 1

(Face Marché des Fleurs) Casablanca

Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

18 MAI 2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAATOUQUI SYLIA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sté de reprise

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 : CASABLANCA

Le : 13/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
18 MAI 2012	CA	.	300	INPE 091060319 Dr. Brahim EL WAHAB Spécialiste en O.R.L Exreda 52 Bd Zerkouni El A Elouar) Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SARL AU 1029 Ouled Said N° 2421 RC N° 21.90.07 0522 21.90.07</i>	<i>18/05/22</i>	<i>126.90</i>

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
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 <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="checkbox"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																					
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>			
						H	25533412	21433552																	
							00000000	00000000																	
						D	00000000	00000000																	
							35533411	11433553																	
B	B	G																							
DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																									
DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																									

Docteur Brahim EL WAFI

SPECIALISTE EN O.R.L.

Maladies et Chirurgies du :

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

الدكتور براهم الوفي

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن - الحنجرة - الأنف - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le 18 MAI 2022 الدار البيضاء، في

MAATOUNGUI SYLIA

98.90

- Zeclor Enf

1 boîte de 15 kg 2x1/2 rd 50

- Effipred 5

1 cp Re marché

28.00

T = 126.90



PHARMACIE ARIJ
SARL AU
Route 1029 Ouled Said N°3, Californie - Casablanca
Tél : 05 22 21 90 07
T.C. : 351411

Dr. Brahim EL WAFI
Spécialiste en O.R.L.
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni Etage 1
(Face Marché des Fleurs) Casablanca
Tel: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44