

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 radiographie 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.

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

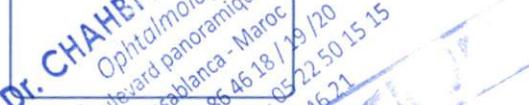
Déclaration de Maladie

Nº W21-669643

123082

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7528	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ANBARI Fatima			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 2441	Total des frais engagés		Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	28/05/2022
Nom et prénom du malade :	AN. BAFI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Glaucome
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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.

Eait à : *... (Signature)*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 9/10/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
28/05/2022	GS		Gratuit	INPI 11111106857119 Dr. HABIBI M'hamed Optométrie et l'ophtalmologie Casablanca - Maroc 06 46 18 19 70 0 52 25 15 19 0 54 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ENFANTS Dr. BOUJIDA Nadia 34, Rue Ibnou Janik - Bourgogne 69220 SO 44 - Casablanca	105/22	1033,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																				
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																				
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<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">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000		00000000		35533411		11433553		B		G		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
B		G																						
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																				
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

PHARMACIE DES ENFANTS

Dr. BOUJIDA Nadia
34, Rue Ibnou Jahl - Bourgogne
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

126,10 x 3

- Cosopt (Colly)

1 flacon x 21j p/10 3 mois



94,50 x 3

- Alphafan (Colly)

1 flacon x 21j p/10 3 mois



127,00 x 3

- Xalatan (Colly)

1 flacon x 6 fl p/10 3 mois



1033,80

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUJIDA Nadia

34, Rue Ibnou Jahl - Bourgogne
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

Dr. CHAHBI Mohammed

Ophtalmologue

544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20

LOT U027227 2
EXP 05 2023
PPV 126.10 DH

LOT U027227 2
EXP 05 2023
PPV 126.10 DH

LOT T018571 3
EXP 07 2022
PPV 126.10 DH

PPV: 91DH50

PPV: 91DH50

PPV: 91DH50
gan®
gan®
me

LOT/EXP.:
EY1145
ER1234
01/2024
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
EY1145
ER1234
01/2024
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
EY1145
ER1234
01/2024
PPV 127DH00