

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

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

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



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

Déclaration de Maladie

N° W21-700507

1250W3

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0355

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : OUALHAN

RACHID

Date de naissance :

Adresse :

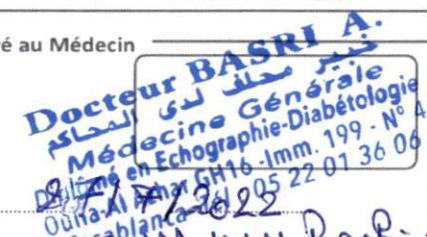
Tél. : 05222917447

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
plombe en 2018 Dulta-Alah 2018 Casablanca 2018	27/1/2022	0.1	150	INP : 091047720

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dép. Pharmacie Casablanca	27.02.2022	97,00

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

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				Coefficient Des Travaux <input style="width: 100px;" type="text"/> Montants Des Soins <input style="width: 100px;" type="text"/> Début d'Execution <input style="width: 100px;" type="text"/> Fin d'Execution <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient Des Travaux <input style="width: 100px;" type="text"/> Montants Des Soins <input style="width: 100px;" type="text"/> Date du Devis <input style="width: 100px;" type="text"/> Date de l'Execution <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <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;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelilah BASRI
 Medecin expert assermenté
 auprès des tribunaux
 Medecine générale
 Diplome universitaire en échographie

الدكتور عبد الله بصرى
 خبير محالف لدى المحاكم

طب العلم
 دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
 Diplôme en Echographie-Diabétologie
 Outta Al Azhar GH16 - Imm. 199 - N° 4
 Casablanca - Tél : 05 22 01 36 06

Mr oualhan Rachid

40,00

1/ Cotipres 20 mg (S.V.)

زبعة سالفيت لـ (S.V.)

23,00

(S.V.) X 5

2/ Codelox 500 mg
 ou Polerit 500 mg
 Acasik 20 mg

20,00

3/ Deltagrip (S.V.)

64 x 21

14,00

4/ Deltapone 100 mg (S.V.)

92,00



حي الأزهري مجموعة H16 عمارة 199 شقة 4 أليونس دارنا - أولففة

مقابل مسجد الشرف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 01 36 06 - Urgences : 06 96 90 47 67

Docteur BASRI A.
 Médecine Générale
 Diplôme en Echographie-Diabétologie
 Outta Al Azhar GH16 - Imm. 199 - N° 4
 Casablanca - Tél : 05 22 01 36 06

PPV:20DH00
PER:03/25
LOT:L910

PPV:14DH00
PER:06/25
LOT:L1940



LOT:597
PER:03/25
PPV:23,90DH

PPV:40DH00
PER:05/25
LOT:L1691

bottura
St. Alte del Cr.
S. Bernardo - Phoenician Repubblica