

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, parodontologie 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 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.

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-547597

425421

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2069 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Mr SOUMMANE Abdessadeq
 Date de naissance : 01-07-1949
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 07 666 067 89 Total des frais engagés : 120 + 250,30 = 370,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور القوي فتيحة
Docteur EL KAÏCHI Fatiha
 N°1, Imm. A28 Résidence Addamane
 Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90
 N°PE 091054296

Date de consultation : 25/07/2022
 Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq Age : 72 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diarrhée - Hémorroïdes - UG
 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 : 25/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/07/22	C	C ₁	1208H	INP : 091054296 الدكتور القوي القوي Docteur EL KAICHI Fatiha N°1, Ann. A28 Résidence Addamane Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ALAOUICH 575, Av. du 2 Mars 1963 - Casablanca Tél: 05 22 25 37 34 - Casablanca	25/07/22	25 030

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS DENTAIRES		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES TRAVAUX	
Le praticien est p	Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de	Titanoréine à la lidocaïne 2% Crème	ULTRA-LEVURE 250 mg. 20 gélules	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
IMODIUM 2MG GELULE 20 Gél	P.P.V. : 30DH50	6 118000 080503	6 118000 190448	00000000 00000000	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS	
gastrogel	Suspension flacon de 250 ml P.P.V. : 20,40 DH	6 118000 080510	6 118000 100088	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS	
OEDES 20mg 28 gélules	6 118000 100088	PPV : 16,00DH	PPV : 19,30DH			DATE DE L'EXECUTION	
						VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Tél : 05 22 50 11 90

الهاتف : 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Casablanca, le : 25/07/2022

M^E SOUMMANE' Abdessadeq

99.00

2) Odes 20 mg!

6510 1 getula 1 aprés le diner x 28 j.

2) Ultra levne

[illegible]

3) Iodine

20,40 2 gelules la prise pour 3 gelules x 3/j.

4) Gastrogel:

16,00 2 cas x 3 l j 7, nets.

5) Tetanorei ne pommade!

19,30 1 application x 2 IT nets

6) Tétanoreïne supportifores

250,30 2 suppo x 21 $\frac{1}{T}$ jets.

الدكتورة القيسي فتيحة
Docteur EL KAICHI Fatiha
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane
Ain chock-CASA-TEL: 05 22 50 11 90