

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 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.



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

Declaration de maladie

N° W21-721112

128763

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03705 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAFFIH Abdelkader

Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : me 88 no 17 groupe C Elouefa
Cada

Tél. : 066194246 Total des frais engagés : 403,10

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 08/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
18/07/2022		C1 = 200,00		INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	18.07.22	203.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

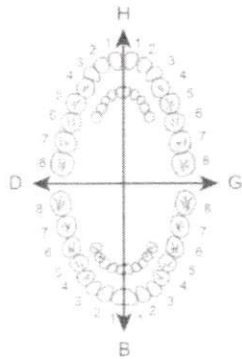
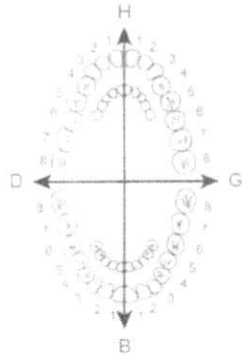
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433553 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, réparatrice à la profession			COEFFICIENT 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'EXI

Dr. Arafat Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيانة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالمصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le: 18/07/2022 في: الدار البيضاء.

Saffia Abdel Kader

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA SUSP OR FL5ML B10
P.P.V. : 60DH00



6 118001 081653

METROZAL®

Métrochlorazole 500mg

Dalle de 20 comprimés

PPV : 325 DH

6 118000 190967

60.00

1) Entero germina

32.50

1 dose x 3 / 15 Antip

2) Metozal 500mg

T: 203.20

52.40

14x21 Smeeta

3) Smeeta

LOT : 22E023
PER: 02 2025

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.V. : 52DH40

6 118000 011460

58.30

14x21 Antip

LOT : 8119
UT. AV : 04-24
P.P.V. : 58 DH 30

4) Megasyl 100

5) Endus of
18/1/2002 x 1mg

6) Apical of
02 put x of T x 12e

~~DR. ARAPA SAKINA~~
~~Member of the Bar, Kuala Lumpur~~
~~Es. Court of Appeal, Kuala Lumpur~~
~~Tel/Fax: 03-202105/202106~~
~~MP: 054 01 10 73/105~~