

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

Déclaration de Maladie

N° W19-435809

131704

Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12511

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE

Date de naissance : 28/09/1986

Adresse : RUE MILIA RESIDENCE DU PARC

APPT 44 MOHAMMEDIA

Tél : 0661446628

Total des frais engagés : 608,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 : CASABLANCA

Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horiage Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

| RELEVÉ DES | | |
|-----------------|-------------------|-----------------------|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient |
| 22/09/22 | | Q |

PPV 40DH00
EXP 03/2023
LOT 10071 2

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
6 118000 011118

LOT : 22E007
PER: 03 2023

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE DE L'AVENUE SARL Boulevard Mohammed V Rue F.1 - Mohammédia Tél : 05 23 22 05 02 | 22/09/22 | 358,00 |

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed SEDIRA

PEDIATRE

Prématuré - Nouveau Né - Nourisson - Enfant
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R

1er Etage - Appt N° 4 - Mohammedia

Tél.C. : 05 23 31 06 08

Urgences : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15 ، شارع الجيش الملكي

الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية

العيادة : 05 23 31 06 08

المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le 22/09/2022 في المحمدية،

MAACH jod.

80.50

Or Beke
Oue a spate
bucul

LA PHARMACIE DE L'AVENUE
SARL Mohammedia
Angle Boulevard Mohammedia
et F.A.R - Mohammedia
Tél : 05 23 32 05 02

16.30

17.00

95.00

45.20

My...

Pharmacie de l'Avenue
SARL Mohammedia
Angle Boulevard Mohammedia
et F.A.R - Mohammedia
Tél : 05 23 32 05 02

40.00

Neo fortan 40mg
1/2 ex salt

64.00

Carbent 1/2
1/2

358.00

LA PHARMACIE DE L'AVENUE
SARL
SARL Mohammed V
Angle Boulevard Mohammedia
et Rue Fifi - Mohammedia
Tél : 05 23 32 05 02

Dr. S. D. R. A. Mohammed
Pharmacie de l'avenue
Angle Boulevard Mohammedia
et Rue Fifi - Mohammedia
Tél : 05 23 32 05 02