

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-660460

135/142



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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9634 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : EL MCHANTEF			
Nom & Prénom : EL MCHANTEF YOUSSEF			
Date de naissance : 11/11/1971			
Adresse : ...			
Tél. : 0521 052138 Total des frais engagés : 22 557 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">  </div>			
Date de consultation : 30/09/2022			
Nom et prénom du malade : EL Mchantef Age : 51			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dermatose			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">  </div>			
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 : RAM Le : 30/09/2022			
Signature de l'adhérent(e) : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">  </div>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

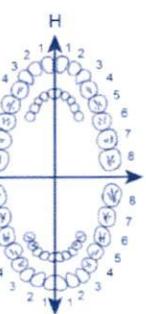
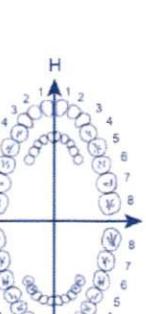
Fait à : **RAM**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **30/09/2022**

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
30/07/2011	G	2500	2500	09/11/2011

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KAWTAR Rés. ATLANTIC Rte MANSOURIA Tél : 05 23 33 09 03	30/03/20	75,50

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



DERMATOLOGUE

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie - Laser - Botox - PRP
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Traitement des brûlures
- ...



[Handwritten signature]
Dr. K. Rhissassi

Docteur Kenza RHISSASSI

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca
Diplômée en dermatologie - esthétique à Paris Versailles

الدكتورة كنزة غساسي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة في أمراض الجلد والجميل بباريس فيرساي

إختصاصية في

أمراض الجلد و الشعر

الأمراض التناسلية

الجميل - الليزر

جراحة الجلد والأظافر

علاج الحرائق - الحساسية

Mohammedia le : 30/09/2022

EL 'Rachantef Israe

1) 75,50
Aplevax CP

PHARMACIE AL KANTAR
Rés. ATLANTIC RIB MANSOURIA
Tél: 05 23 33 09 03

1g p/j le sur apt
rep

2) Xerodiane Crème Ravante (Noreva)
Corps au moment de la douche

3) Paractiv Lait apaisant
Mapp 1 soin/j au n
peau sèche

TEL : 05 23 30 01 00 / GSM : 06 70 93 73 22

Bd Mohamed V Résidence El Hamd, App N°9 3ème Etage

(à côté de la Clinique FEDALA et au dessus de la Banque BMCE) Mohammedia

شارع محمد الخامس، إقامة الحمد شقة رقم 9 الطابق الثالث (بجانب مصحة فضالة و فوق البنك BMCE) المحمدية

4) x Ceravé SA crème antirugosités

Japon la autre

Soin autre de la peau

5) x Nauderm gel nettoyant purifiant

Yves lave rat
le visage

6) x Céphil light gel soin invisible

Japon l'ur autre du visage

Yves avant désodoris

=

7) x Teendorm A2 peau

Japon l'ur soit peau

l'ur les soins visage

enf jeunesse de peau

8) Coecidin crème autre
de la peau amelle Qh

