

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.

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

M22- 0037865

14335

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09342 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khabbar Abdelmasser

Date de naissance : 14-04-1971

Adresse : Lot Massin résidence Ghita 2 bat 168
n° 13 Casablanca

Tél. : 0619749010 Total des frais engagés :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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE OUADOU DYHICHAM Imm 400 N°2 - Hay Nassim Casablanca | 19/11/22 | 91,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

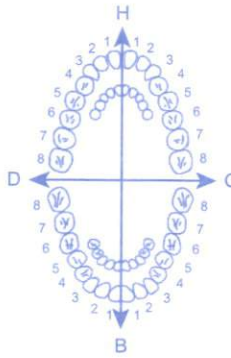
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

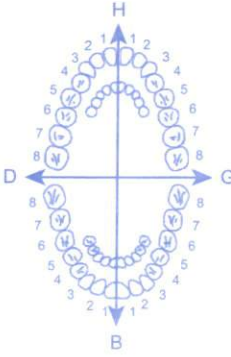
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|----------------|------------------|--------------------------------------|--|---|
|  | | | | 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 | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|----------------------|----------------------|---|--|------------------------|------------------------|--|
|  | <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr> <td>D 00000000 35533411</td> <td>G 00000000 11433553</td> </tr> </table> | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | B | | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | |
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | 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

Pharmacie OUADOU DY - Casablanca

HICHAM Ouadoudy

0528896889

HAY ANNASIM IMM 400 N 2 CASA , CASA



Facture N° 20221226-295

Date de vente : 19/11/2022
Médecin traitant :

KHABBAR HAJAR

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|--------------------------|------|-------|-------------|-------|
| EUCARBON CO B100 COMP GM | 1 | 91,00 | TVA (7.00%) | 91,00 |

| | |
|--------------|------------------|
| Total HT | 85,05 DHS |
| TVA | 5,95 DHS |
| Total | 91,00 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-onze DHS



IF : 50814520 TP : 36214580 RC : 357482 ICE : 001731008000003

Tel : 0528896889

Adresse : HAY ANNASIM IMM 400 N 2 CASA , CASA



F.TRENKA

Lot:

4 1 1 4 1

EXP:

0 4 . 2 0 2 6

PPV:

9 1 . 0 0 1 1 8

21,00

صنع من طرف مانتافيث (النمسا)
أ- 6067 أبسام / تيرول، النمسا

الحاصل على رخصة التسويق فد. ترنكا (النمسا)
موزع من طرف مختبرات أفريك فار (الممثل الحصري)
المنطقة الصناعية عين حرودة غرب
الطريق الجهوي رقم 322، (الطريق الثانوي 111 سابقا)
كلم 12.400 عين حرودة 28630، المحمدية - المغرب

EUCARBON®

100 comprimés



التركيبة للقرص :

مسحوق فحم نباتي 180 ملغ
خلاصة الراوند 25 ملغ
أوراق السنّا 105 ملغ
كبريت منقى 50 ملغ

السواغات : الكمية الكافية. سواغات ذات تأثير
معروف : سكروز الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات
الاستعمال : المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.
المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة
حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء.
يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة مئوية في
غلافه الخارجي الأصلي وبعيدا عن الضوء.