

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.

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- 0051614

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7697 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ABDALLAH EL KHASSOULI
 Date de naissance : 09/03/67
 Adresse : HADJ FATH S N° 79 OULFA CASA
 Tél. : 0670776263 Total des frais engagés : 398,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SEDKI Jilali
Médecin Expert Assermenté
Près des Tribunaux
25, Rue Boujdour Corse- SAFI
Tél: 05 24 65 26 07 - D. 05 24 66 80 67

Date de consultation : 06/7/23
 Nom et prénom du malade : Khoum Age: NORA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

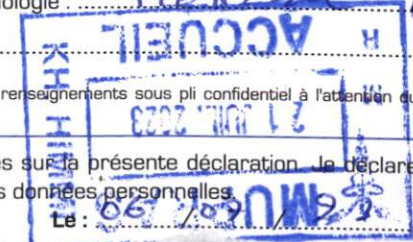
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : SAFI

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
06/12/23		1	15000	Docteur SEDKI KILAN Médecin Expert Assermenté Prés des Tribunaux 25, Rue Boudjour Corse- SAFI Tél: 05 24 45 26 07 - D. 05 24 66 80 67

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Pharmacien
Date
Montant de la Facture

06/12/23
248.90

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

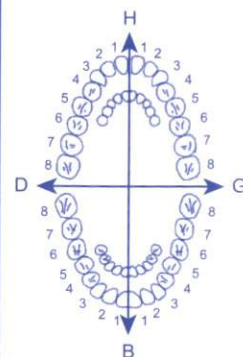
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées
Nature des Soins
Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire 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'EXECUTION

Docteur SEDKI Jilali

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin Expert Assermenté
près des Tribunaux

C. : 05 24 65 26 07

D. : 05 24 66 80 67

الدكتور الصرقي الجيلالي

الطب العام

حائز على شهادة الفحص بالصدى
بكلية الطب بباريس
طبيب محلف لدى المحاكم

العيادة : 05 24 65 26 07
المنزل : 05 24 66 80 67

Safi, le 06/7/23 في آسفي

79.70 x 2 Houni NORA

1/4718 500 2B

22.20 15/100

21 Codolpance 400 x 12

20.30 31 Dolpance 15 x 2/1

15.84 vite 15 x 2/1

32.00 51 clante 15 x 2/1

Docteur SEDKI Jilali

Médecin Expert Assermenté
Près des Tribunaux

25, Rue Boujdour Corse- SAFI
Tél: 05 24 65 26 07 - D. 05 24 66 80 67

التصاميم
Pharmacie ATTA
Dr. HIND HOUSSEM
105, Lotissement Mouja - Route Tadjina
SAFI - Tél: 05 24 46 23 32

25, RUE BOUJDOUR CORSE - SAFI

25، زنقة بوجدور الكورس - آسفي