

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.



Déclaration de Maladie

M23-0015682 MUPRAS
197023 RECEPTION 9

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	01164	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Noureddine Ramdane	
Date de naissance :		20/06/1951	
Adresse :		LOT F.L. IV4FA HN = R.E.DERoua	
Tél. :	0673140087	Total des frais engagés :	1186,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : DERoua

Signature de l'adhérent[e] : SP



Le : 18/02/2024

MUPRAS
RECEPTION

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL OUMOURIA 244 lotissement el wafaa Deraouia 05.22.53.20.52	28.2.2014	 186.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

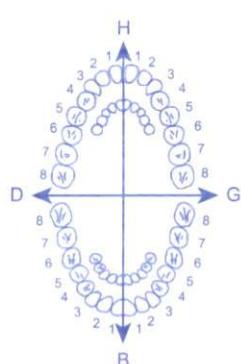
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. Bok did Khadija

PHARMACIE EL OUMOU
244 lotissement el wafa
Berouda
Fix : 05.22.53.20.54

Le 28.2.24.

Facture N° 02

Distribué par MSD
AMM N° : 268/19/1
P.P.V: 437,00 DH.

LOT : 231512
EXP : 10/2026
PPV : 99,0001

78, 70

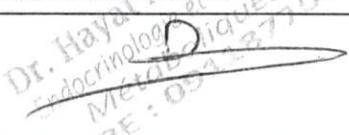
Maphar
 Bd Aïkima N° 6, QL,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V : 419,00 DH

 6 118001 185023

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
~~Lantus Solostar 1000/ml inj~~
~~b1 Sty 3ml~~
P.P.V : 152,50 DH

 MUPRAS Mutualité de Protection & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE UN AN	Code : PR2FR04 Version : 02 Date : 05/05/2023
--	--	---

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : <u>NouBTASSINE</u> <u>N. Ramez</u> Matricule : <u>01164</u> N° CIN : <u>13 315210</u> Adresse : <u>LOT N° 1 WAFA H N° 22 DEROURA</u> Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne : <u>Dr. Hayat AHAMAD</u> <small>Endocrinologie et Maladie Métaboliques</small> N° ICE : <u>091187708</u> N° INPE : <u>091187708</u>	Spécialité : <u>Endocrinologue</u> <small>Métaboliques</small>	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Dr. Hayat AHAMAD</u> <small>Endocrinologie et Maladie Métaboliques</small>		
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> <3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie		

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
<u>Dimbéla type I (L12 - 2)</u> <u>Pigmentation / 2012</u>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : <u>Dinner 60x21g - J - 1st 201200x21g</u> <u>Wax solide neutre le sir - fringa le gél</u> <u>LDNne 20 218</u>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : <u>Casablanca</u> le <u>25 Mai 2012</u>		
Cachet et signature du médecin traitant :		
		

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées