

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 Aït Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aït Ben Abdellah - Quartier de l'Heritage Casablanca 20000 - Tel : 05 22 26 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Declaration de Maladie

N° W19-418682

ND: 49830

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12355

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABASSI YASSINE

01 DEC. 2020

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0664 950531

Total des frais engagés :

434,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom & 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 déclaration 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 :

03/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
03/11/2020			3000DH	INP : 08/11/33/16

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie OULAD JARRAH HACHIMI Meryem Pilote Dar Bouazza 29 08 03 - CASABLANCA	03/11/2020	134,00

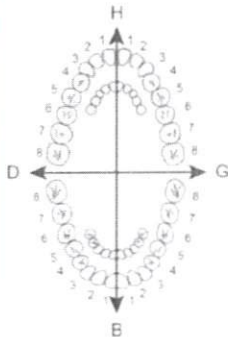
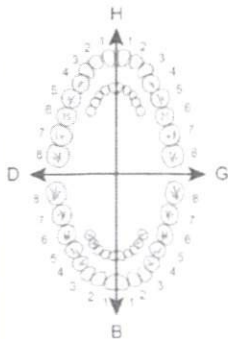
[illegible][illegible]

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	INP :	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 G 21433553 00000000 D 00000000 35533411 B 00500000 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			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

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is represented by a series of connected arches. The piers supporting the bridge are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The top of the bridge is labeled 'H', the bottom is labeled 'B', and the left side is labeled 'D'.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

DATE DE
L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie du strabisme
Lentilles de contact

الدكتورة ميادة نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال
علاج وإراحة الحول - العدسات اللاصقة

03 novembre 2020

Casablanca, le

Enf. ABASSI SOFIA

ANGIODROP COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour , pendant 10 jours og

CILOXAN (Pommade) (Ciprofloxacin) 0,3%

1 APPLICATION 2 fois/jour pdt 10j og

Pharmacie OULAD JARRAN
Dr. ALAOUH ALCHIMI Meryem
39, Village Pilote Dar Bouazza
Tél : 0522 25 08 03 - CASABLANCA

CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoires Schinwa
A.M.M. N° 86/DMP/21
PPV: 60,00 DHS

