

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-604816

57 263

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2815

Société :

ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL GHOMARI Malika

Date de naissance :

18.05.1955

Adresse :

8, Rue Sam Malek Aviation Youssef
RABAT

Tél. :

0537650439
0539561832

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AHMED ABDOUMAXIA
Généraliste - Pédiatre
30 Av. Al Nabuz, Immeuble ALYA, N°13
Tadmoult, Gde Administrative
Rabat - Tél : 05 37 63 27 39

Date de consultation :

20 JAN 2021

Nom et prénom du malade :

EL GHOMARI Malika

Age :

66

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète de type 2

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 :

Rabat

Le :

20 JAN 2021

Signature de l'adhérent(e) :

EL GHOMARI

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
20 JAN 2021	CS	6	300	INPE : 101173849

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.1.2021	1404,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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

CABINET DE DERMATOLOGIE - VÉNÉROLOGIE
DOCTEUR AHLAM ABOUMARIA

Diplômée des Facultés de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca et Rabat

D.I.U de Dermatologie Esthétique, Cosmétologie et LASERS
des Universités de France (Paris, Bordeaux, Nice et Besançon)

Ancienne interne des C.H.U. Avicennes, Hôpital Militaire

et d'Instruction Mohammed V de rabat et

Hôpital Saint Jacques Besançon (France)



عيادة الأمراض الجلدية و التناسلية
الدكتورة أحلام أبو مارية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء و الرباط
حاصلة على دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر بجامعة فرنسا
(باريس، بوزانسون، بوردو و نيس)
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا
والمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
ومستشفى سان جاك بوزانسون (فرنسا)

Rabat, le **20/01/2021**

Mme EL GHOU MARI MALIKA

153.90
1 - ILCAPIL KR SHAMPOOING ANTIPELLICULAIRE

3 FOIS/ SEM LAISSER AGIR 5MN

451.50
2 - NOVOPHANE LOTION ANTICHUTE

799
5 PULV/J 3MOIS

3 - BIO 12 AMP SEBOREGULATRICE ~~M/D 3 FOIS PAR SEM 2~~
~~MOIS~~

1 amp/ semaine à laisser

1404.40
Dr. Ahlam ABOUMARIA
Dermatologue - Vénérologue
30, Av. Al-Haouz, Imm ALYA, N°13
Takkadoum, Cité Administrative
Rabat - Tél : 05 37 63 27 39

05 37 63 27 39 30, Bd Alhaouz, Imm Alya N° 13, 2ème étage Cité Administrative - Souissi, Rabat (à coté de Maroc Télécom)

f cabinet de Dermatologie Dr Ahlam Aboumaria - Dr_ahlamaboumaria_dermato - 06 48 22 40 28

@ cabinet.dr.aboumaria@gmail.com (مجاور لاتصالات المغرب) الرباط 30، شارع الحوز إقامة علياء رقم 13 الطابق 2 الحي الإداري السويصي، الرباط (مجاور لاتصالات المغرب)