

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-767255

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9378**

Matricule : **9378** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **BZOU**

Nom & Prénom : **BZOU Rachid**

Date de naissance : **31.01.65**

Adresse : **0661357688**

Tél. : **0661357688** Total des frais engagés : **419,1**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur A. REFASS
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE
Tél: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98
INPE: 09 113405

Date de consultation : **24 AVR. 2023**

Nom et prénom du malade : **BZOU Yasmine**

Age : **58**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : **Douleur genou gauche**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : **05.05.23**

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
2.4 APR. 2023	C		4000	INP: [Signature]

Professeur A. REZAK
TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIQUE
PÉDIATRIQUE
 Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98
 0522 94 20 00 - INPE: 0911 12 12 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

2/5/23

19.02

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

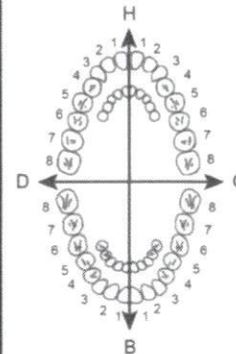
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES

Traitées

Soins

Coefficients



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 00000000 G
 35533411 11433553
 B

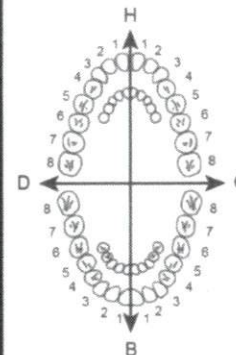
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



الاستاذ الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 02 MAI 2023

BZiou Yasmine



19.03 Nuadol Sup

1 dose 26 kg x 3/j; ad 8;

19.03
PHARMACIE SABAH EL KHEIR
Sabah KHACHAB
Pharmacie
Bd. Sabrine, Ne Sidi Maârouf
Casablanca 0522 97 47 03

Professeur A. REFASS
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE
Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98
INPE: 0911 194 55

Cabinet : 56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5ème étage - Casablanca
Tél. : 0522.942.000 / 0522.235.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

Clinique Atlas : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - 0661.400.011 - Fax : 0522.235.028