

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.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-669413

204362



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9413

Société : RAM

Actif

Pensionnée

Autre

Nom & Prénom :

Esseloui Nabiloumed Samir

Date de naissance :

08/05/1972

Adresse :

388, Rue Bratim Nakha Rpl 6 casablanca

Tél. : 0661225023

Total des frais engagés : 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/03/2004

Nom et prénom du malade :

Esseloui Nabiloumed Samir

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfantose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

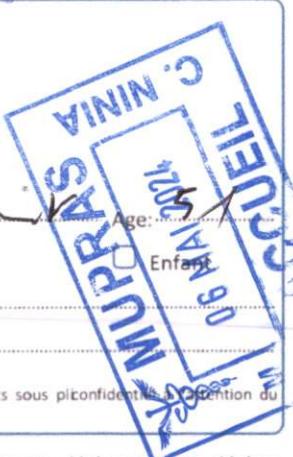
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à la direction du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 1/4/2004

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

J'œuvre de coté

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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'ODE.

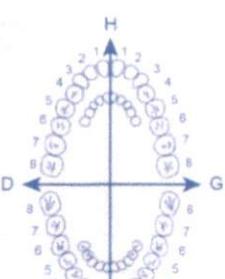
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création remont adionction]

[Création, l'envie, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR OUADFEL MOHJA

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

SPECIALISTE

MALADIES DE LA PEAU ET DU CUIR CHEVELU

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

MEDECINES ESTHETIQUE -COSMETOLOGIE

Reçu/Note d'honoraires

| Date | Numéro |
|------------|-------------|
| 23/03/2024 | F/3872/2024 |

ASSELAOUI MED SAMIR

| Date | Lieu | Acte | Montant |
|----------|---------|--------------------|---------------|
| 23/03/24 | Cabinet | Injection [C3+K10] | 800,00 |
| | | Total | 800,00 |

Arrêtée la présente Note à la somme de:

HUIT CENTS DIRHAMS

INJECTION INTRALESIONNELLE 1^{er} SEANCE DE CORTICOIDES .

Dr. OUADFEL MOHJA
Dermatologue - Venerologue - Cosmetologue
1, rue Abdou Hallaf (ex Rue Edmond Rostand) Quartier Gautier Casablanca Tel : 022 20 91 17 / 27 17 68
(Ex. Rue Edmond Rostand - Quartier Gautier Casablanca - 1, rue Abdou Hallaf)