

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

# Déclaration de Maladie



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

0981

N° W19-526046

PD: 26.935

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0981 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAABIBIAT Mohamed

Date de naissance : 01.01.1965

Adresse :

N° 251, N° 05 2<sup>e</sup> étage GRAND Hôtel

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 22844 Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2009

Nom et prénom du malade : LAABIBIAT Mohamed

Age : 2AH92

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 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 Casablanca

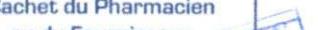
Le 21/09/2009

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
20/04/2015	C	100% H	INP : 48122560 Dr. ... Signature	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. BOUSTIANE Zakia Mohammadi	21/02/20	138 Pcs

## **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
		A M	P C	I M	I V	

#### **BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CAT Fatima

ENNE

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée en Echographie Générale et Obstétricale de Faculté René Descartes Paris

Suivi de Grossesse - ECG

Diplômée en Diabétologie de

La Faculté de Médecine Montpellier

DU de Nutrition et Diététique Médicale

Faculté de FES

الدكتورة نباني خياط فاطمة

الطب العام

خريجة كلية الطب الدار البيضاء

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

بجامعة رونى ديكارت بباريس

مراقبة الحمل - تخطيط القلب

حاصلة على دبلوم أمراض السكري

بكلية الطب مونبليي

دبلوم الحمية الطبية و التغذية

كلية الطب بفاس

**PHARMACIE DU PARADIS**  
**BLOC N°8 Dar Lamane**  
**Hay Mohammadi - CASABLANCA**  
**Tél: 0522.60.80.71**

Casablanca le : 21/09/2020

Mme LAARIBAT Née MANANE  
ZAHRA

51p =

- Dose solide .

20g + 3g  
of + 8.



58p =

- Dose liquide .  
20ml + 3g  
of + 8.

51,00

69p =

- Dose liquide .  
of + 10g / 1  
of + 10ml

69,00

136p =

LOT: M0215  
PER: 03/2021  
PPU: 69,00 DH

05 22 60 66 97 :  
Lot. G 237 - App. 2 Dar Lamane Hay Mohammadi - Casablanca

05 22 60 66 97