

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-457822

ND : 28047

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : Lot AC OMARIA INOM 328 Rue 1 AIN CHOK

Casa Blanca

Tél. 06 73 73 58 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/03/2008

Nom et prénom du malade : TAWFIK HICHAM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie à la chaleur

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-457822

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					P.F.C.
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
29/03/2020	DS+KMS	1	500	DOSSIEUR RÉALISTE EN CAUDE ET P. DRISSE YOUSSEF CASABLANCA	RECEUILLI LE 03/04/2020 PAR DRISSE YOUSSEF CASABLANCA
10/03/2020	ff				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Montant de la Facture 28.36.51

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																				
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433582</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433582	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																			
H	25533412	21433582																																																																																																																																																																																																																																																		
D	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																		
B	35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																		
G																																																																																																																																																																																																																																																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																																																																																																																																															

Professeur Laila RAIS



الأستاذة ليلى الرايس

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Le 09/03/2020

INPE 091033084

BON DE REGLEMENT

Reçu de
Mr/Mme/Melle TAWFIK med ABDELLAH

La Somme de : Cinq cent Dhs
..... 4500+ Dhs.

Pour : Consultation + Rx

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Dr. M. Driss 120 Bd Moulay Driss Casablanca
Tél. 05 22 86 41 23 / 51

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طريق 3 الدار البيضاء

Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr

الفحص بالموعد :

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

موقع الإلكتروني: Site web: www.prailarais.ma



DR AFAF BENITTO
PEDIATRE – NEUROPIADIATRE

CACHET ET SIGNATURE

CASABLANCA LE 23/2/2020

BON DE LIAISON :

CHER(E) PROFESSEUR(E)/ CONSOEUR/CONFRERE:

PERMETTEZ MOI DE VOUS ADRESSER L'ENFANT Tawfik Al-Sherahmene
NE(E) LE 27/10/2018 ET QUI PRESENTE un synkope révolté avec
Torse droit subies ophtalmologique (FEHA / PFEV)
POUR AVIS SPECIALISE.

PRECISIONS:

EN VOUS REMERCiant ET RESTANT A VOTRE DISPOSITION



CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEUROPIADIATRIE,
APPT 12, IMM « IBN ROCHD » N° 50, QUARTIER DES HÔPITAUX, CASABLANCA . TÉL: 0522278392