

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

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

Declaration de Maladie

N° W19-543565

ND 31708

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12592

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOULAN SAAD

Date de naissance : 17/06/1982

Adresse : Im 9 Apt 2 RIAD AL NADH HAY EL FAR

Tél. : 866916545

Total des frais engagés : 781 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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'at 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 : RABAT

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin de											

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle	
DECLARATION N°	W18-391811	Cachet MUPRAS	
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-391811

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12592	Signature de l'adhérent Signature de le praticien						
Nom & Prénom		BOULAM SAAD							
Fonction :	CPL	Phones. 0669165945							
Mail		Sboulam@royalairmaroc.com							
MEDECIN		Prénom du patient	khadija						
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	25 ans						
Nature de la maladie		Date 11/12/2019							
vaccin		Date 1ère visite							
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances									
<table border="1"> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> <tr> <td>CS</td> <td>1</td> <td>250 DH</td> </tr> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	CS	1	250 DH
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires							
CS	1	250 DH							
PHARMACIE		Date	11/12/2019						
Montant de la facture		531,00 DH							
INP: 102012424		INP: 102012424							
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :							
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires								
CACHET									
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :							
Nombre		Montant détaillé des Honoraires							
AM	PC	IM	IV						
CACHET									

Docteur Siham MIKOU

Pédiatre



العيادة الطبية النخيل
Cabinet Médical Annakhil

الدكتورة سهام ميكو
اختصاصية في طب الأطفال

الرباط، في 11/12/2019.....

BOULAM KHADIJA

531,00

• Synflorix

• Enterogermiaa-

1 cap

2x 1/5 x 10j

PHARMACIE L'AVENIR
Bantissan Epouse KABLI
Docteur en Pharmacie
23, M3, Av. El Majd, CYM-Rabat
Tél.: 05 37 79 88 74

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie
Suspensie voor injectie in voorgevulde spuit
Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)
Pneumokokkenpolysaccharide conjugaatvaccin (geadsorbeerd)
Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (adsorbiert)

Chaque dose de 0,5 ml contient 1 microgramme de polyside des sérotypes 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 et 23F, et 3 microgrammes des sérotypes 4, 18C et 19F - Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables
Elke 0,5 ml dosis bevat 1 microgram polysaccharide voor serotypen 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 en 23F en 3 microgram voor serotypen 4, 18C en 19F - Natriumchloride, water voor injectie

42x24x133
A2

1 dose/ dosering/ Dosis (0,5 ml)
1 seringue préremplie + 1 aiguille
1 voorgevulde spuit + 1 naald
1 Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel

gsk

Voie intramusculaire/ Voor intramusculair
gebruik/ Intramusculäre Anwendung

ID : 613276
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 531,00 DH
6 118001 142392

Eine Dosis (0,5 ml) enthält je 1 Mikrogramm Polysaccharid der Serotypen 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 und 23F und je 3 Mikrogramm Polysaccharid der Serotypen 4, 18C und 19F - Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke

Synflorix

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.
Rue de l'Institut 89 - B-1330 Rixensart
Belgique/ België/ Belgien
EU/1/09/508/003

10

