

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

- 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° W19-505323

nr = 32216

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11460*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *KANBOU NABIL*

Date de naissance : *12/03/1975*

Adresse : *N° 8, lot YOUSRA, OULFA, CASA*

Tél. : *066 105 2135*

Total des frais engagés : *350 + 390,3 + 206,30* DHS

Cadre réservé au Médecin

Docteur Amina LATIFI EP. HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Errahib Hay Mazraa
Résidence Selma 1^{er} Etage - Casablanca
Tél. : 05 22 89 75 52

Cachet du médecin :

Date de consultation : *05/08/2020*

Nom et prénom du malade : *Bennou Idessa*

Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Océalose*

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 et 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 : *CASA*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-505323

*DR LATIFI
par Henna*

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 : *350 + 596,60*

Date de dépôt : _____

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
01-03-2018	cc		35000 20	INP : 09(83) 1011 Docteur Amina LATIFI Ep. HABIB Dermatologie - Vénérologie Dr. Oum Errabbi Hay Mazola 102 Bd. 1 ^{er} Etage Casablanca Tél : 0525 52

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Centre Pharmaceutique	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QODDOUS		
<i>Dr. Mme DINAR Aziza</i>	<i>Le 05/03/2020</i>	<i>394,30</i>
Lotissement Youssra, Lot 115, Zoubir - CASABLANCA		
Tél: 05 22 93 26 75	<i>Le 05/03/2020</i>	<i>206,30</i>

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																													
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>																								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000					D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																											
25533412	21433552																												
00000000	00000000																												
D		G																											
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
B		B																											
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétologie
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- laser



Lot N° / BN° : 26553F/3

Fab / Mfg : 06 2019

Per / Exp : 06 2021

PPV: 205,00 Dhs

AMM: 404/17DMP/21NNP

390,30' Casablanca le : 05-03-2020

*Amena Hamou**- Nasocidol spray**10ml Nel**10ml per**1/2**cheveux**- Xerexol cream 50g emulsion**20ml 1/2**repeal per 50g emulsion**cheveux**- Xerexol cream 50g emulsion exp 05/2020**201500**98,00**- Xerexol cream 50g emulsion exp 05/2020**87,30**- Dermoflor cream**ben kreg*

Dr. Amina LATIFI EP HALLI
Dermatologue - Vénérologue
102, Bd Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1^{er} étage - Casablanca
Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

*205,00 / 11 rétention forte**- ondaxene 50ml flacon*

201500 *ben kreg*

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1^{er} étage - Casablanca
Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

*102 شارع أم الربيع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52**06 60 74 36 36*

