

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.

Maladie Chronique

MUPRAS

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

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4817 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Loulidi SAAD Fouad

Nom & Prénom : Loulidi SAAD Fouad

Date de naissance : 27.01.1960

Adresse : Bd oued El Maach N° 55 ouffa casa

Tél. : 0661052144 Total des frais engagés : 952,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


MUPRAS
21 JUIL 2020
 Age:
 Lui-même Conjoint Enfant
ACCUEIL SIEGE RAM

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

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.

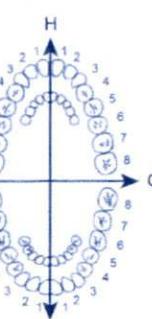
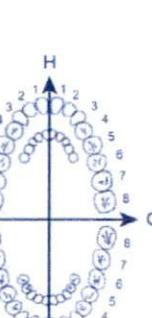
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
				INP : <input type="text"/>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S. GHALAK Héphaïstos Docteur en Pharmacie 55 Av. Oued Sétif Tunis - Fax: 05 22 80 53 45 Casablanca 05154146800057	16/07/20	952,75

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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"/>												
ODF PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
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"/>												

PHARMACIE AL OUARD

55.AV OUED SEBOU HAY ALOUARD OULFA ICE:001541468000057
CASABLANCA
Tél : 0522905345
Patente : 35022195

Facture N° 839 331 Du 16/07/2020

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	JANUMET 50 MG/1000MG BT/56	2	437,00	874,00
CO	DIAMICRON LM 60 MG / 60 CO GM	1	78,70	78,70
2	Total	3		952,70

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
NEUF CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS ET SOIXANTE-DIX CENTIMES

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Ouard
Tel / Fax : 05 22 89 53 45
CASABLANCA
ICE : 001541468000057

ot/8t

DIAMICRON® 60 mg

Glicazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

احترموا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

قائمة 1 - يصرف إلا بوصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

06-2019
06-2021
T005243
Mfg/City/Exp: 06/2019
Lot/Expiry: 06/2021
Exp/Expiry: 06/2021

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصفة طبية - قائمة 1
Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc
Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca- Maroc

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 590M/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH
70027234/010414-1

06-2019
06-2021
T005243
Mfg/City/Exp: 06/2019
Lot/Expiry: 06/2021
Exp/Expiry: 06/2021
T005243
Mfg/City/Exp: 06/2019
Lot/Expiry: 06/2021
Exp/Expiry: 06/2021

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصفة طبية - قائمة 1
Liste I - Uniquement sur ordonnance

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 590M/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH
70027234/010414-1