

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, soins aux 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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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.



Déclaration de maladie

N° W19-551509

35470

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : JAHAL Abd elhakim

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : habitude 110

Tél : 067330831

Total des frais engagés : 76,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 29-05-20

Nom et prénom du malade

Age

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : 29-05-20

Le : 29-05-20

Signature de l'adhérent(e) : cma

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : peci@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.

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

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-119152	
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		

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

W17-119152
W19-SS1509

DATE DE DEPOT
...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3351
Nom & Prénom <u>JAMIL ABD EL HOKEIM</u>		
Fonction : <u>CAH. H. P. AV</u>		Phones : <u>07 373 0831</u>
Mail : <u>dacar.jalab.hokim.p.c.a</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>Mme Yousfi Zakia</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age <u>57 ans</u>		Date <u>29/05/20</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>urticaire chronique</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>	<u>G</u>	
PHARMACIE		
Date <u>29.05.20</u>		
Montant de la facture		
<u>76.60</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

PHARMACIE AZIZI
 08201281
 INPE
 29 Bd El Makdissi - Hay Oudja
 Tél : 05 36 50 25 39

ORDONNANCE

Cachet du médecin



A Le 29/05/2020

Mme Yous FI Zakia

1) - Vitameryl ~~gel~~ 2880

1 gel x 3 j 17.30

2) - Diprosone prise

1 apl x 2 j 10 j 10 j

puis 1 apl 1 j

10 j

30.50 j

10 j

puis 1 apl 2 j

3) - Imodium 1 gel x 3 j

PHARMACIE AZIZI
Dr. AZIZI Sofia
23, Bd. El Makdiss - Hay Ouds
Tel: 05 36 50 25 33 - OUDDA

Dr. Amel MENDIR
Médecin Généraliste
C/S Mers Sultan
Délégation El Fida Mers Sultan
Casablanca - INPE : 091225607

أنبوب 15 غ

DIPROSONE 0,05 %
crème



دايبرورون® 0,05 % كريم

بيتاميتازون
للدهن

LOT: 051
PER: JUN 2022
PPV: 17 DH 30



ديوم 2
طريق الفم - 20 كبسول

احترم المقادير الدوص
acter les doses pres
ent sur ordonnanc
قط بموجب وصفة طبية

صباح

LOT: 19E002V
PER: 09 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



gélule(s) ... fols/jou
pendant ... jours

JANSSEN-CILAP
riqué sous licence
maphar
n 10, route côtière 1
rtier industriel, 7
Ain Sebaâ, Mar
RINI, Pharmaci

فيتانقريل® قووي

بنفوتيامين 100 ملغ



30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV
LOT
PER