

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 059086

ND: 35561 déjà envoyé par mail

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07147

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMAL BACHIRI

Date de naissance : 19/10/1966

Adresse : 30 Rue Hamoun Ahmed et Naouf

ASA

Tél. : 0652391390 Total des frais engagés : 820,80 + 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kabba Bencherif Noufissa
MEDECINE GENERALE
66, Rue d'Annam
(Face au Marché du Maarif)
CASABLANCA - Tél. 25.28.07

Date de consultation : 22/07/2020

Nom et prénom du malade : Bachir Amal

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Grippe + angine

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) :

2

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 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>						
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastocatoire			Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> Fin de <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-right: 1px solid black;"> 25533412 00000000 00000000 35533411 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D	G	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession
H										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553									
D	G									


VOLET ADHERENT	NOM : <u>BADIER AMAL</u>	Mle <u>07/17</u>
DECLARATION N°	W18-404771	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
22.07.20	200 + 87.500	1

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

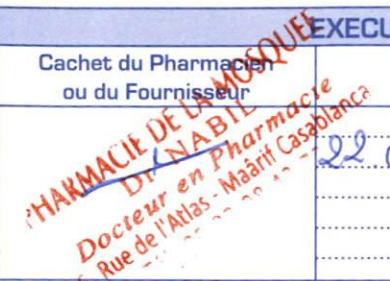
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



RELEVÉ 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
22.07.20	C.K	1	200DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.07.20	875,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

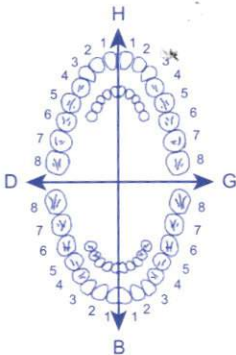
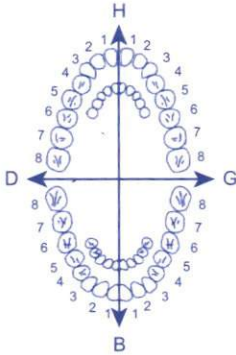
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient				
					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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>G</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
							DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert assermentée prés des tribunaux

الدكتورة القبايج لبن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلقة لدى المحاكم

Nom : Badi'chi Amal

Casablanca, le : 22.07.2020

138,30 x 2
1) Augmentin 1g
1/2 2ft aut rep

30,00
2) Dofnam 37,5 mg / 325
1 cp 2ft. apr rep.

82,10
3) Inexium
1 cp le matin aut rep.

349,00
138,00
4) Lovenox 4000
1 IN 1/2

T = 875,80

Dr. Kabbaj Benchérif Noufissa
MEDECINE GENERALE
66, Rue Ahmed BARAKAT
(Face Marché du Maarif)
Tél. 05 22 25 28 07

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de la Mosquée - Maarif Casablanca
Tél. 05 22 25 28 07

PPV: 138,30 DH
LOT: 630365
PER: 08/21

PPV: 138,30 DH
LOT: 612488
PER: 03/21

PPV: 30 DH
PER: 12/22
LOT: 12839

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair ben ali souk rocher
maarif casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b6
ppv : 349,00 DH

Lovenox 4000

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V.: 138,10 DH

