

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 Alil Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alil Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-552327

59 32194

C



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5459

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHOUI DRISS

Date de naissance :

21/08/1958

Adresse :

LOT SAFSAF N° 63 MARRAKECH

Tél. : 0619832107

Total des frais engagés : 285,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. F. CHAHOUI AL ALLAM
Médecin et dentiste
634, Cité Targa - 01 - Marrakech
Tél : 05 24 34 55 13

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07/04/104

Nom et prénom du malade :

Age: 61ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dyslipidémie

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 : MARRAKECH

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/08/2020

Signature : 59 32194

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
4 AOUT 2020	C		100,00 24	INP 1047104 Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KARI Hamza En Pharmacie 368 Hay El Hasani Tel: 05 24 34 33 66	14/8/20	185,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachida EL ALLAM

Médecine Générale

Diplômée en Echographie Générale

Diplômée en Diabétologie

Mésothérapie

Médecin qualifié à effectuer
un contrôle pour

obtention du permis de conduire

634, Cité TARGA - Quartier Industriel

Tél.: 05 24 34 55 13

Marrakech

الدكتورة رشيدة العلام

الطب العام

مجازة في الفحص بالصدى الصوتي

مجازة في داء السكري

علاج الأمراض بالحقن الموضعي

طبية مؤهلة لإجراء الفحص الطبي للحصول

على رخصة السياقة

634. حي تاركدة دوار العسكر

فوق صيدلية ابن بيطار أمام مستشفى باستور

مراكش - الهاتف: 05 24 34 55 13

Marrakech, le: 14 AOUT 2020 مراكش, في:

4580 P chahroui Driss
Flagyl 500 mg
LOT: 96012
PER: 10/2024
P.P.V: 49DH00
6 118000 060062

ap
es
NO - SPA FORTE 80MG
CP 820
PER: 20/2023
P.P.V: 45DH00
6 118000 061816

4580 No. spa Al Houda
Pharmacie EL FEKRA Hamza
Tunisie 366 Hay El Fassani
Tunisie 105 24 34 33 66
Enterogermania
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermania, susp b 10 fl
P.P.V: 60,00 DH
6 118001 081653

30.50 modien 92
18530
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V: 30DH60
6 118000 010845