

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-726045

245594

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12936

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 968 974

Total des frais engagés : 667,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

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 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 : CASABLANCA

Le : 2 / 1 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/1/2023			02507M 2	INP : 09/19/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
	2/1/23	417.30

[illegible][illegible]

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 canalaires, 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال ضمير

Pédiatre
Spécialiste des maladies des Enfants
Nourrissons, Nouveaux-nés
Allergologue
Asthme et Allergie des Enfants

اختصاصية في أمراض
الرضع والأطفال
اختصاصية في حساسية الأطفال
وأعراض الربو الضيقة

02.01.2023

Enfant LAAMOURI Mehdi

Casablanca, le :

Poids : 23,00 Kg

الدار البيضاء, في :

Age : 5 ans 10 mois

1- APIRETIL SOLUTION BUVABLE

une dose de poids toutes les 6 heures si $T > 38^{\circ}$

2- BRUFEN SIROP

Prendre 2 cuillères-mesure le matin, à midi et le soir. si

3- DR.ROUGIER SIROP ENFANT NEZ ET GORGE

1 càc le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

4- FEBREX SACHET ENFANT

Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant 4 jours.

5- CLAVULIN SACHET ENFANT 500MG

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

6- SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

1 comprimé et demi, le matin, pendant 5 jours

PHARMACIE SABAH EL KHEIR
Sabah KHACHAB
Pharmacienne
20, Lot. Sabrine, Rte Sidi Maârouf
Casablanca - Tél: 0522 97 42 06

المرجو إحترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddioui N°497, Sidi Maârouf

القادري تجزئة الحديوي الرقم 497 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - الهاتف : E-mail: damiramal25@hotmail.com : البريد الإلكتروني

PPV (DH) :
Lot N° :
UT. AV :

COOPER PHARMA
PPC: 59,00 DH

LOT : 2009
UT. AV : 07-25
PPV : 19DH00

PPV: 79,90 DH
LOT: 651111
PER: 06/24

PPV: 79,90 DH
LOT: 650350
PER: 06/24

PPV: 79,90 DH
LOT: 651111
PER: 06/24

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V. : 48,70

6 116000 060536