

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

- Reclamation : 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° W19-443489

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : MOUSLIKI SAAD

Date de naissance : 08/11/1984

Adresse : Quai ALFA, A-2, FF33

Casablanca

Tél. : 06 66 123 143

Total des frais engagés : 629,6

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah BELGAS
SPÉCIALISTE
Enfant - Néphrologue - Néphrologue
11, Rue Abou Hassan Ali - Casa
Tél. : 05 22 86 52 52 - GSM : 06 01 42 43 88

Date de consultation : 06-1-23

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 :

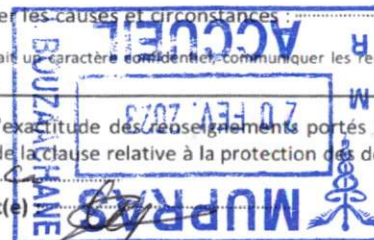
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 20/01/2023

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
6-1-23		1	400.00	INP : Dr. Abdellah BELGA Pédiatre 11, Rue Abou Hassan Akeri - Casablanca Tél : 05 22 86 32 62 - GSM : 05 61 2 45 88 INPE : 091018515 - ICF : 00163447700047

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. T. Abdelaziz 58, Rue Mohammed VI - Hay Hassani Tél : 05 22 90 21 67 - Casablanca	05/01/23	22960

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

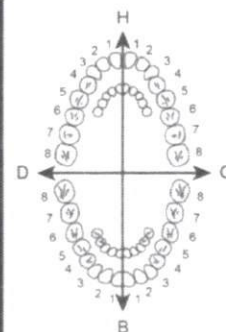
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

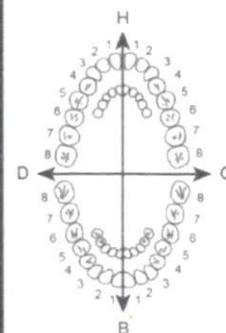
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellah BELGAS

Pédiatre

Spécialiste des maladies de l'Enfant,
Nourrisson et Nouveau-Né



الدكتور عبد الله بالكاس

طبيب الأطفال
إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

Casablanca, le 10-01-23 في الدار البيضاء،

Bébé

Gousliki

1. Soins locaux :

YEUX : Azyter collyre

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours

OMBILIC : IBISEPT Spray 125 ml :

1 pulvérisation 2 fois par jour

2/ Compresses stériles

3/ KONAKION 2mg/0.2 ml :

1 ampoule par semaine pendant 04 sem

4/ Bain quotidien après chute du cordon ombilical

5/ Huile d'amande pour hydrater la peau du bébé

6/ Magnésium (en complément)

7/ Prévoir le vaccin BCG le : 17-01-23

BOTTU SA
PPV: 124 DH 00

MA
Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g
Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76.20 DH

6 118001 101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

LABORATOIRE UNITHER
S.A. - 50211 COUTANCES
FRANCE

المصانع : مخابر اونيتير
المنطقة الصناعية في
كوتنس سينكس 0211

NE PAS AVALER - NE PAS INJ
RESPECTER LES DOSES PRES
لا يبلع - لا يبتلع
احذر الجرعات الموصولة
لائحة 1 - Uniquement sur ordon
اللائحة 1 - إلا بوصفة طبية

إقامة كنزي - 11, زنفة أبو حسن العسكري - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 32 62
Résidence Kenzi - 11, Rue Abou Hassan Askari - 1^{er} étage - Casablanca - Tél : 05 22 86 32 62
E-mail : drbelgaspediatre@gmail.com : البريد الإلكتروني - G.S.M : 06 61 42 45 88 : المحمول