

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 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° W21-634132

150407

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **12365**

Matricule : **12365** Société : **Royal Air Maroc**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **IMAD**

Nom & Prénom : **GHANNI IMAD**

Date de naissance : **13/07/1983**

Adresse : **Lot Nassim résidence les chaps 1 Im'P' Apt 14 Casablanca**

Tél. : **0662 766 14** Total des frais engagés : **490,80** Dhs

Dr. Imane LAILOU

PEDIATRE

40, Bd. Abdelmalek Essaadi GHI
N° 2 Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 48 55

Cachet du médecin :

Date de consultation : **02/12/2022**

Nom et prénom du malade : **GHANNI KENZA**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ **Enfant**

Nature de la maladie : **Pharyngite**

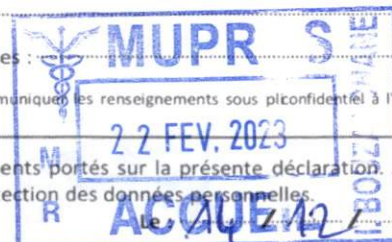
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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**

Signature de l'adhérent(e) : **ACQUE 12/10/22**



Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019

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
2/12/2022	C.S	1	25 000	INF : 09 11 72 80 ane (AHL) DIAIRE alek - Casadi ur - Casadi 58 48 58

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	17/12/11	

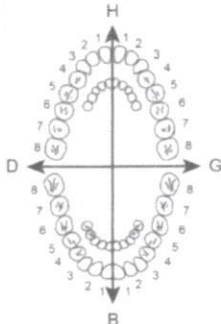
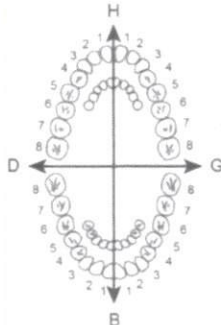
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Docteur Imane LAHLOU

PEDIATRE

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Nutrition



الدكتورة إيمان لحلو

طبيبة الأطفال

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

الحساسية والضيقة

التغذية

Age : _____

Poids : _____

Casablanca, le

02 DEC 2022

63.00 x 2 *CHAMBER KETA*

Eucaly sup 0.2 Boil

12.00 x 1 1 dose de 20 x 3 / j 0.5

Dolipra 200 1 sup x 4 / j

22.00 1 sup x 4 / j

en Altern avec Dolipra

29.50 1 sup x 2 / j 0.5

T = 240 / 80

DR. Imane LAHLOU
PEDIATRE
40, Bd. Abdelmalek Essaâdi GH 6
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. : 05 22 58 48 55

40. شارع عبد المالك السعدي. GH 6 رقم 2 الطابق السفلي (أمام حديقة العمالة) سيدي معروف - الدار البيضاء

40, Boulevard Abdelmalek Essaâdi, GH 6, N° 2 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca

Tel. : 0522 58 48 55 / 07 62 62 06 04 - الهاتف : Urgence : 0661 44 64 68 - المستعجلات - Email : imanlahlou05@yahoo.fr

