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

o	Réclamation	: contact@mupras.com
o	Prise en charge	: pec@mupras.com
o	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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Déclaration de Maladie

№ W21-810747 172184

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12515 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Ait ouddahi Mohamed Faical

Date de naissance : 04/03/1985

Adresse : Avenue Ahmed Chaoui Résidence Fatima Bouregreg CASA

Tél. : 0660753371 / 0614862332 Total des frais engagés : 642,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr KARIMA ZAKKEM Ep. HIMMI Pédiatre Téléphone (Ex. Reins) 66 Rue (CASA) Tél.: 29.31.60/68

Date de consultation : 15/07/23

Nom et prénom du malade : Ait Ouddahi Ali Ghali Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Toux

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.

MUPRAS ACCUEIL 18 AOUT 2023 HIMMI

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 : CASA Le : 16/07/23

Signature de l'adhérent(e) : .....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15.2.23	C		300	INP : 118438

Dr. Kaima ZAKKEM Ep. HIMMI
Pédiatre
Rue Zerktouni (Ex. Reims)
Tél.: 20.31.60/68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des 2 Ponts 73, Bd. Victor Hugo Hacha CASABLANCA Tél.: 05 22 45 05 60/05 22 44 83 36 RC : 252662 - Patente : 36910561	15.2.23	342,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

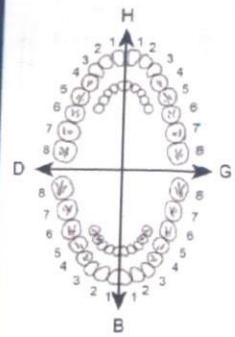
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

e des soins.

, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées		Nature des Soins	

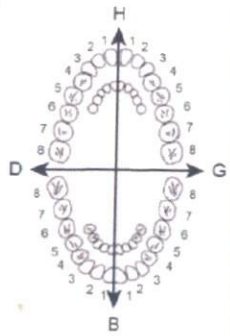
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

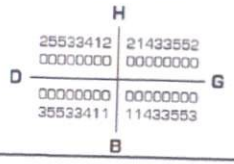
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT 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

Cabinet Dr. ZRIKEM Karima - Ep-Himmi

عيادة الدكتورة زريكم كريمة - زوجة حمي

Pédiatre
Maladies du Nourrisson et de l'Enfant
Allergie - Asthme
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

طبيبة الأطفال
اختصاصية في أمراض الأطفال
الحساسية - الضيقة
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدارالبيضاء

Casablanca, le : 15-01-23 الدارالبيضاء :

Ghali Aitoudalu

1 S

10,30 1g doliprane 500

1g x 3j

1 S

339,00 2g Augmentin

342,3

Pharmacie des Habous
73, Bd. Victor Hugo Habous
CASABLANCA
Tél.: 05 22 45 05 60/05 22 44 93 38
I.C.: 252362 - Patente : 36910961

Dr. Karima ZRIKEM Ep.HIM...
Pédiatre
... Rue Zerhoune (Ex. Re...
...A - Tél.: 29 31 60)

المرجو إحترام وصفة طبيبكم