

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0034770

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11365 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN2AIDOUNE - ANAG

Date de naissance : 185939

Adresse :

Tél. : 0667 307844 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 12 ans

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : Le : / /

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

[illegible]

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

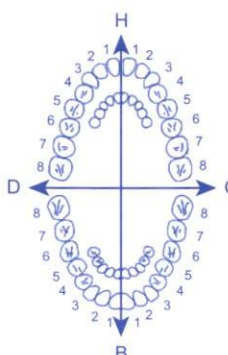
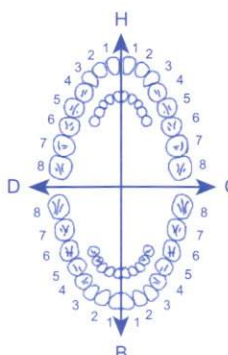
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr> </table> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																

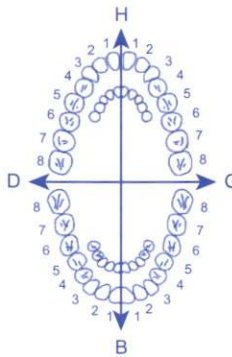
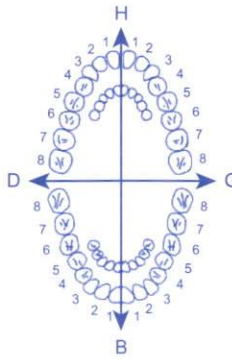
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div></div></div> <div><div>00000000</div><div>35533411</div><div>B</div></div> <div><div>00000000</div><div>11433553</div><div>B</div></div>					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prie de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
	O.D.F. Prothèses dentaires			Détermination du coefficient masticatoire										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-339920	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

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

W18-339920

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	11369
Nom & Prénom		BENZAIDOUNE RAMY	
Fonction :	Phonies	0667207844	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient BENZAIDOUNE RAMY		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 17 ans
Nature de la maladie		Date	
lombalgies chroniques		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C3		3000 DH	
PHARMACIE	Date		26/09/23
Montant de la facture	67.70		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. CHEROUH Abdelmonim
Professeur Agrégé
Chirurgie Pédiatrique
Code INPE: 054173047

CACHET

CACHET

Professeur

CHERQAOUI Abdelmounim

Traumatologie et Orthopédie Pédiatrique

Chirurgie de la Paralysie Cérébrale

Chirurgie de la Main - Microchirurgie



PARANTAL® 20 COMPRIMES
PPV 10DH10 EXP 06/2025
LOT 26058 5

و المفاصل للأطفال
أطفال
أحة المجهرية

PPV
LOT
PER
28/80

Casablanca le 26/09/23

PHARMACIE HABIB
Dr. Hamza ALLOUCH
84, Rue Alhal Ben Ahmed Amik
Belvédère, Casablanca
Tél : 05 22 24 36 25

Ben Zaidou - Remy

S.V

① Vikanerry l fort
2850 x 2 sup x 2 ly x 1 min

S.V

② Aparental 500 vs
10.10
1 p x 4/1 x 5

67.70

Signature of Prof. Chérqaoui Abdelmounim

مستشفى عبد الرحمن الجاروشي المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

E-mail : Cherqaouiabdelmounim@icloud.com INPE : 91173047 0661467454 : الهاتف