

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° W21-722186

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FATH

Date de naissance : 31/01/79

Adresse : 190390

Tél. : 0661223562 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur KADA ZAIR Jemel
PEDIATRIE - ALLERGLOGIE
8, Bd. Yacoub El Mansour
CASABLANCA
Tél. : 0522 25 82 60 / 05 22 98 79 68

Date de consultation : 14/01/2023

Nom et prénom du malade : FATH YAZAN

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

Nature de la maladie : Affection de

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 : 11/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

| 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 |
| 14-11-2023 | Ca | | 250 000 | INF 091082354 KADA ZAÏR Jamel ERGOGIE |

| | | | |
|--|--|--------|--|
| Cachet du Pharmacie ou du Fourneau ou du Fourneau | | Date | Docteur ALBA PEDIATRIE - ALBA 8, Boulevard El Mansour CASABLANCA Tél: 0522 82 60 106 22 98 79 68 |
| 14/11/23 | | 112.40 | Montant de la Facture |

[illegible][illegible]

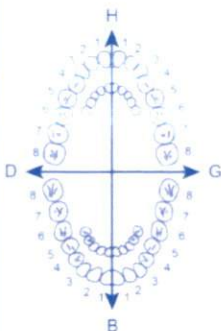
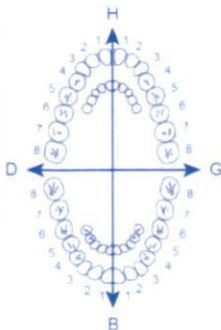
VOLET ADHÉRENT

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </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

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
SPECIALISTE DES MALADIES
DES ENFANTS ET DES NOURISSONS
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE

8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68

E-mail : kadazair@gmail.com

Urgence : 06 61 14 16 22

INPE : 091082354

ICE : 001746690000091

الدكتور قادا الزاير جمال

خريج كلية الطب بنانسي

حاصل على شهادة الاختصاص في أمراض الأطفال والرضع

ضيقية حساسية الطفل

8، شارع يعقوب المنصور الدار البيضاء

هاتف العيادة: 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68

مستعجلات : 06 61 14 16 22

Casablanca, Le.....14/11/2023

FATH Yazan

19.100 Age: 2ans 10mois , Poids : 15.16 kgs)

NURODOL (sirop) :

1 dose toutes les 06 heures

OFIKEN 100 (sirop) :

1 dose (poids) matin et soir, pendant 8 Jour(s)

93.40

112.40

Docteur KADA ZAIR Jamel
PEDIATRIE - ALLERGLOGIE
8, Bd. Yacoub El Mansour
CASABLANCA
Tel.: 0522 25 82 60 / 05 22 98 79 68



PHARMACIE LAIMOUN SARL AU
466, Lot. Allaymounne Lissasfa
Casablanca - Tel.: 05 22 90 94 94
RC: 381781 - TP: 36293297 - IF: 24821866

