

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



Déclaration de Maladie

M23-0026933

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12611 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHEMALI MOHAMMED
Date de naissance : 16.04.1988
Adresse : Quartier ALHAR Residance ANBAR 3
Appt K23 Casablanca
Tél. : 06-14-43-11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : CHOMALI Ghali YAHYA Age :

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

Nature de la maladie : Affection ORL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20 MAR. 2024

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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/2/2020	47,16

[illegible][illegible]

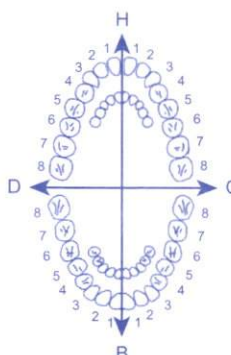
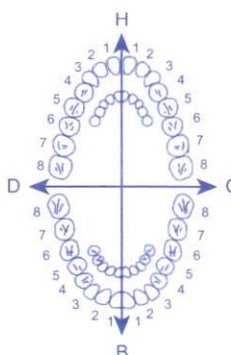
[REDACTED]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

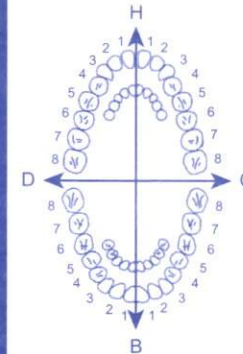
Important :

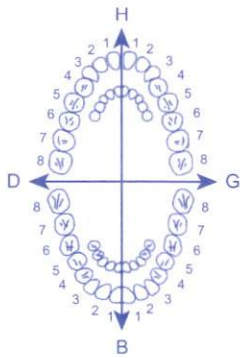
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 G </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

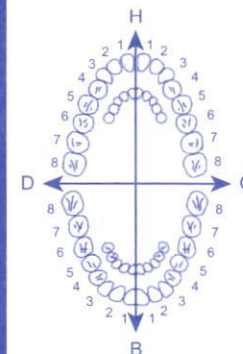
Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amal DAMIR

PEDIATRE

Spécialiste des Maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés.

ALLERGOLOGUE

Asthme et Allergie des Enfants



Casablanca, le :

23.02.2024

الدار البيضاء في:

Nourrisson CHEMALLI Ghali Yahya

Age : 18 mois 1 jour

Poids : 11,60 Kg

1- BIOMYLASE SIROP

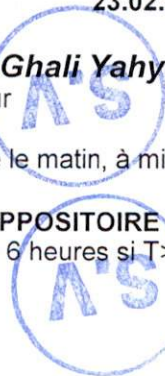
374 Prendre 1 cuillerée à café le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

2- DOLIPRANE 150 MG SUPPOSITOIRE

un suppositoire toutes les 6 heures si $T > 38^{\circ}$

9,7

47,10



Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement haddioui N°497 Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 05 22 33 57 20

Pharmacie Sun Square Almaz Sakla
218, Sun Square Almaz Sakla
Rocade Sidi Maarouf - Casablanca
Tel - Wap: 06 20 20 19 20
INPE: 062116445

RDV: pour le vaccin de BCG

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement haddioui N°497 - الرقم
Sidi Maarouf - Casablanca - الدار البيضاء
Tél.: 05 22 33 57 20 - GSM: 06 61 09 74 40 E-mail: damiramal25@hotmail.com

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00

PPV 400420