

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 Étage 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° W19-492522

ND: 33280

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12986 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Art Kechkech Hicham
 Date de naissance : 25/08/1985
 Adresse : Residence CasaView Imm 5 AP 68
 Hassan Casablanca
 Tél. : 0669 103941 Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL BENNA El Hassan
 PEDIATRE
 54, Rue Socrate Residence Sogah
 Maarjif - Casablanca
 Tél. : 022 35 00 45 GSM : 06 17 91 45
 Date de consultation : 22/05/2020
 Nom et prénom du malade : ZYAD ATTIA
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : fièvre
 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.
 16 JUL 2020

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 : 16/07/2020

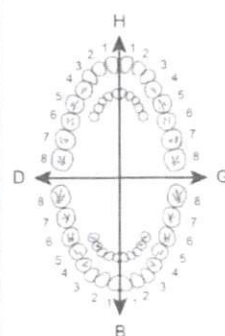
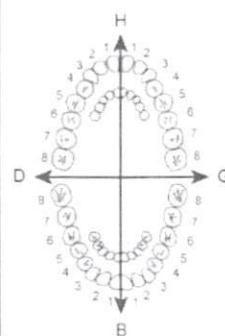
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22.05.20	C2	1	255	Dr. EL. B. [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prie 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession		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

Dr . El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le ... 22-05-2020 ...

33,00

Zyad Ali Kech Kech

- Semer physiologique 4g
aut repas et aut couché

- Dolipédiaque ptt 2g
1 box 15.5 / 6h

16.30

* In water 4 f
1/2 c. 3 furl

PHARMACIE CASAVIEW
Centre Commercial Casaview
Nassim Isiane - Casablanca
Tél. 0522 69 64 64

Dr. EL DENNA El Hassan
PEDIATRE
84, Rue Sidi Mohamed Sabah
Madinat Al-Asfahania
Tel: 022.98.03.46-GSM: 061.17.34.45

التركيبية : 5 ملل

سالبوتامول سولفات 2 ملغ

السواغات : الكمية الكافية

سواغات ذات تأثير معروف : ميتيل برابين - سوربيتول

- الغليسيرين

الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الإستعمال :

الرجو قراءة النشرة بالداخل

المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل

مرتبطة بكيفية إستعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25°C و بعيدا عن الضوء

فقط بوصفة الطبيب.

INALER® 2 mg/5 ml

Solution buvable

Flacon de 100 ml



6 118000 070542



بترخيص من الدوا أونيون



المنطقة الصناعية، عين حرودة غرب،

الطريق الجهوي رقم 322 (الطريق الثانوي 111 سابقا)

كلم 12.400 عين حرودة 28630 المحمدية

IMPRIMEPEL

2

INALER®

Salbutamol

2 mg/5 ml

Solution buvable

Flacon de 100 ml

Voie orale

16 0430