

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-512367

ND: 36793

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08726 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FILALI Aoual Youssef
 Date de naissance : 01/05/1966
 Adresse : 14 Rue GAG RTE TADARTE - CAIROUINE
 Tél. : 0661330729 Total des cotisations engagées : 1438,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SADOUC Lamine Ep. BOUZIANE
 Pédicêtre El Oud
 Angle Bd. 2 Mars El Oud
 Rés. El Médiouni J. 1022 8110 93
 Casablanca Tél. 0522 8110 93
 Date de consultation : 10 JUL 2020
 Nom et prénom du malade : FILALI Aoual Ghita Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Asthme sévère
 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 : 10/08/2020
 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
20 JUL 2020		113	210 DH	INP : 01433553

Dr. SABOURIN DOZIANE
 Angle Bd. 2 Mars 2015
 34000 Montpellier
 Tél: 0522 527 560

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/7/20	1188,50

HARMACIE DES DALLAS
 Dr. S. BOUSCHIA ROCH
 192 Bis Bd. Panoramique
 (Montpellier) - Tél: 0522 527 560

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 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'OOF.

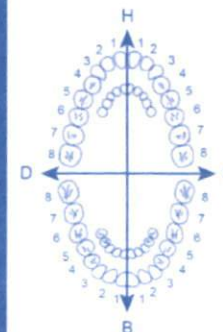
SOINS DENTAIRES

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

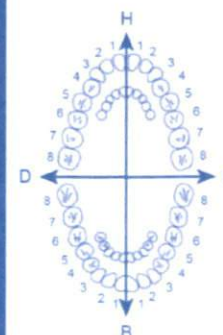
H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D			G
00000000	35533411	00000000	11433553
B			

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa SADOUC

الدكتورة لطيفة صدوق

إختصاصية في أمراض الطفل

و الرضعم

Maladies des Enfants et des Nourrissons
Diplôme d'Allergologie, Asthme de l'Enfant

Ordonnance

Casablanca, le 20/07/2020

FILALI AOUAL Ghita

Age : 13 ans 3 mois

ZAMOX SACHET 1G

1 sachet / j (pendant 8 jours)

VENTOLINE SPRAY

3 bouffées 4 par jour, pendant 10 jours

SERETIDE SPRAY 125

2 app / j (pendant 3 mois)

CURTEC CP

1 comprimé / jour, le soir, pendant 3 mois

RISONET SPRAY NASAL

1 pulv ds chaque narine / j, le matin, pendant 3 mois

PPV: 118DH00
PER: 09-22
LOT: I 1975



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID : 635414
6 118001 141869

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID : 635414
6 118001 141869

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID : 639023
6 118001 141869

PPV: 88DH00
PER: 02/23
LOT: J523-2

PPV: 88DH00
PER: 02/23
LOT: J523-2

PPV: 88DH00
PER: 02/23
LOT: J523-2

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

طو الطابق الأول الشقة رقم 4 - الهاتف: 05 22 52 75 43
Angle Bd 2 Mars Et Bd Qods 1er Eta