

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-533771

ND: 42478

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **12837** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **DGHAY Hicham**

Date de naissance : **10/02/1987**

Adresse : **Djar Essalam, Résidence DARIS, im 36, n. 12**
Ain Sebaa

Tél. : **0666815849** Total des frais engagés : **386,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. MALTOF Asmaa**
Pédiatre
Allergologue - Pédiatre
Echographie Pédiatrique
Résidence Robert Angle Bd. Cherchaoui
et Rue Abdelhamid Brou Badis - 2ème Etage N°10
Ain Sebaa CASABLANCA
Tél : 05 22 34 11 30

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/07/2020**

Nom et prénom du malade : **DGHAY GHITA** Age :

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

Nature de la maladie : **Vaccination**

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 : **28/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-533771

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **12837**
Nom de l'adhérent(e) : **DGHAY**
Total des frais engagés : **386,90**
Date de dépôt :

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

28/07/2020 C

+200,00

INP :

0911771218

Dr. MALTOF ASHRAF
Allergologue - Pédiatre
Echographie Pédiatrique
 Résidence Robert, Angla Bd. Chefchaouni
 Rue Abdelhamid Ben Badis 2ème Etage N°10
 Ain Sebaa - CASABLANCA
 Tel : 05 22 34 11 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

28/7/2020

Montant de la Facture

186,90

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MALTOF Asmaa
PÉDIATRE



الدكتورة ملطوف أسماء
طبيبة أطفال

- Assistance à l'accouchement
- Spécialiste des maladies des enfants, des nourissons et des nouveau-nés
- Echographie Pédiatrique
- Diplôme universitaire en Pneumo-allergologie et asthme de l'enfant
- Diplôme universitaire en HOMÉOPATHIE
- Diplôme universitaire en Psychologie et Psychopathologie du bébé

- مرافقة المولود عند الولادة
- إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة
- الفحص بالصدى للأطفال
- دبلوم جامعي في أمراض الحساسية والربو (الضيق)
- دبلوم جامعي في المعالجة الأوميوپاتية
- دبلوم جامعي في علم النفس و علم النفس المرضي للطفل

Casa le:28/07/2020

DGHAY

GHITA

186,90

1) - Havri 720

(186,90)

Dr. MALTOF Asmaa
Pédiatre
Allergologue - Pédiatre
Echographie Pédiatrique
Résidence Robert B, Angle Bd. Chefchaoui
Ain Sebâa - CASABLANCA
et Rue Abdelhamid Bnou Badiss - 2^{ème} étage Bureau 10
Tél : 05 22 34 11 30



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 186,90 DH
ID : 644409
6 118001 140619