

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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-575139

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : 43065

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RIDAOUI RACHID

Date de naissance : Hebdomadaire

Adresse : Hebdomadaire

Tél. : 0666 214783 Total des frais engagés : 200 + 1658,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 SEP. 2020

Nom et prénom du malade : RIDAOUI RACHID

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

Nature de la maladie : Allergie + Rhinite

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 : Le 29 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. NAZIHA NAZIHA
Pneumo Allergologue
Enfants - Adultes
8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar
Casablanca - Tél. : 05 22 44 05 16

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
29 SEP 2020	C3		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE MARIANA AV des FAR - CASABLANCA Tél: 0522 51 16 40 / 0522 51 16 41</p>	29/9/2020	1658,40

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

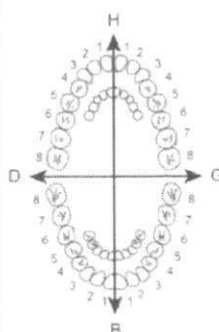
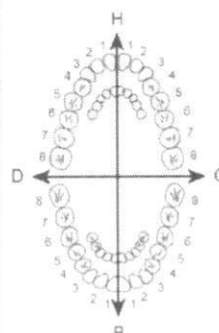
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th>D</th> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	D	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B	D														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

11/11/2019

11/11/2019

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- **Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire ADULTES et ENFANTS.**
- **ALLERGOLOGUE.**
- **Spécialiste des maladies du sommeil et du ronflement.**
- **Spécialiste de l'handicap respiratoire.**
- **Spécialiste des techniques en pneumologie :**
 - Exploration fonctionnelle respiratoire.
 - Endoscopie Bronchique.
 - Thoracoscopie.
- **Spécialiste en sevrage tabagique**

- **إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي**
- **صغار و كبار**
- **إختصاصية في أمراض الحساسية**
- **إختصاصية في إضطرابات النوم و الشخير**
- **إختصاصية في الإعاقة التنفسية المزمنة**
- **إختصاصية في الفحوصات التقنية للجهاز التنفسي :**
 - فحص الوظيفة التنفسية
 - الكشف بالمنظار
- **إختصاصية في إقلاع عن التدخين**

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

Ri' daw; RAU' AN

*4530
x3*

Ventoline spray

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP 21/NRQ d.p.p.v.: 297,00 DH
6 118001 020935

*297,00
x3*

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP 21/NRQ d.p.p.v.: 297,00 DH
6 118001 020935

190,00

LOT:0036N008
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

2 Bouffes en cas d'asthme

Symbi cort 200/6 (2x)

1 Bouffes matin, et

soir x 3 semaines

puis un ap -

1 x 3 semaines

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP 21/NRQ d.p.p.v.: 297,00 DH
6 118001 020935

190,00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP 21/NRQ d.p.p.v.: 297,00 DH
6 118001 020935

190,00

LOT:0036N008
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

9050
23

247all5

87328

14p le tan' d'zouls

170,0 Of'ken cup- (12)

14 y li

1658,40

PHARMACE MARHABA
At d'rs ACHOUR
61, Av des FAR - Casablanca
Tel: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

Dr. NAZIHA NAZIH
Pneumo Allergologue
Enfants - Adultes
a. Bd. Mohammed VI - 16

LOT 200086 1
EXP 01 2024
PPV 90,50

LOT 192542 1
EXP 11 2023
PPV 90,50

LOT 201087 1
EXP 04 2024
PPV 90,50

LOT 180886 2
EXP 04 20
PPV 170.00 DH

☐ valable 3 mois

29 SEP. 2020

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49. Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca