

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 2 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
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° W19-501408

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **15516**

Matricule : **10639** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **EL MADHOUS Mohamed**

Date de naissance : **20 DEC 1973**

Adresse : **LOT ZOU BIA 183 (U) N° 4 ORFÈVRE**

Tél. : **06 6860 3988** Total des frais engagés : **419,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

بدر الدين بن عبد الله
دكتور في الطب
هشام أبو بكر القادري إقامة الأخاد عمارة "B"
وقم في الطابق الأول سيدي معروف - الدار البيضاء
الهاتف: 0522335101

Date de consultation : **20 DEC 2019**

Nom et prénom du malade : **EL MADHOUS ANIRA**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ **Enfant**

Nature de la maladie : **Diabète**

10 JAN 2020

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 JAN 2020**

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes: 20-01-2019 Natures des Actes: C Nombre et Coefficient: 1 Montant détaillé des Honoraires: 200,00 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes: 091 02 87 46

هشام أبو بكر القناري إقنية الأسنان
رقم 4 الطابق الأول مستشفى مشهور - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 33 51 01

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:

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires:

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 00000000 00000000 G
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

بنسلیما (محمد)

شارع أبو بكر القادري إقامة الأحفاد عمارة "E"

رقم 4 الطابق الأول سيدي معروف - البيضاء

الهاتف : 0661 41 38 87 / 0522 33 51 01

Bd. Abou Bakr El kadiri, Rés. Al Ahfad Imm. "E "

1^{er} étage, N°4 Sidi Maarouf - Casablanca

Tél.: 05 22 33 51 01 - GSM: 0661 41 38 87

20 DEC 2019

uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

894.79.90 ПН

LOT: 587634

PER: 02/21



EFFERALGAN® 500 mg

REV. 150490

EXP 05/2022

Lot 80179 1st

16 comprimés effervescents



DIFAI®

diclofénac sodique 50 mg
boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44.20 Dhs

118000 190349

43x20x90
10

بنسليمان الأندلسي محمد

شارع أبو بكر الداربي إقامة الإحتفال بشارع "E"
تتم في الطابق الأول سيدي معروف - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 33 51 01