

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 Takir et Rue Allal 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° W19-508267

15587

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41201 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MALKI MONCEF

Date de naissance : 15/05/1984

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2019 07 JAN. 2020

Nom et prénom du malade : MALKI AYA Age :

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

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			
	H		G																			
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction)																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																						

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-355841	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-355841

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		
Fonction :	Phones	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>Malik Ayo</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>3 mois</u>	Date <u>20/12/19</u>
Nature de la maladie <u>BV</u>	Date 1ère visite <u>25/12/19</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <u>G</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>2000</u>
PHARMACIE		Date <u>25/12/2019</u>
Montant de la facture		
<u>T = 709,00</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Kawtar ERBIB

Spécialiste des maladies
de l'enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital
d'enfants à Casablanca



د. كوثر اريب

اختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le: 25/12/19

Nom: Talbi Ayq



439,3
Hexaxim

21- Dobaur

270,00

T= 709,3



صيدلية سولطانية
PHARMACIE SOULTANA
Dr. Fatima CHAHO
Ed. Oued Derâa St. J. 2ème Etage 478-410
Quartier Oulfa - Tél: 05 22 93 29 44

Docteur Kawtar ERBIB
Médecin Spécialiste en Pédiatrie
Oued Derâa - Rue N° 55 - 2ème Etage
Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 777

شارع واد درعة، زنقة 52، رقم 55 الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء
Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2^{ème} Etage - Oulfa - Casablanca
Tél.: 0522 930 777 - Urgence: 0634 375 951

Dr. Kawtar ERBIB

**Spécialiste des maladies
de l'enfant et du nourrisson**

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital
d'enfants à Casablanca



د. كوثر اريبب

**اختصاصية في أمراض
الطفل والرضع**

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 25/12/19
Nom : Nabli Aya

Age : 3mos
Poids : 4670g

Prise de consultation spécialisée

= 209,00 -1h (Deux consultations)

