

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



no 19116

CA

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004217

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11052 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : HALAL ABDELRAHMAN Date de naissance : 19/07/75

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2019

Nom et prénom du malade : HALAL RITAJE Age : 6 ans

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) : \_\_\_\_\_

AGENCE SIEGE RAM



# 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
9/12/19	C2	1	54,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/19	77,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

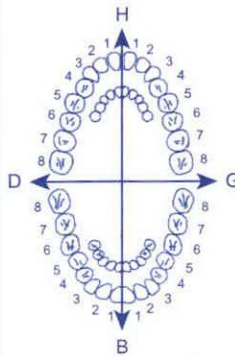
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

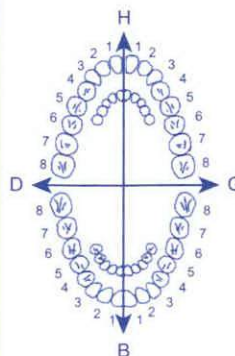
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX						
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	B																					
	<table><tr><td colspan="2">(Création, remont, adjonction)</td></tr><tr><td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction)																					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
	DATE DU DEVIS																					
	DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NEJIB RABOUDI

PÉDIATRE

Diplômé de l'American Board of Pediatrics

Ancien Assistant en Pédiatrie Endocrinologique

A l'Hôpital Massachusetts General Hospital - Boston - USA

الدكتور نجيب الربودي

إختصاصي في أمراض الأطفال

HELA RITAJE

Tunis, le 7/12/19

① Cetamol

1 dose sucr. (18<sup>h</sup>) tous  
les 6<sup>h</sup> si T  $\geq$  38°

② Ciptadine cp

1 cp le soir seul<sup>t</sup> x 1 mois

③ Rucisol ou Rhinathiol

2 cac le matin x 5 jours

④ Pour Aerosol

5 à 6 jours

Sans Vignette  
Sans respectus  
Sans Vignette  
Sans respectus

- 1/2 A Betanyl

- 1 A Pulmicort

Nat

Nat

soir

⑤ Clamoxyl 500

1 cac Nat | x 6 jours  
1 cac le soir

Dr. RABOUDI  
PÉDIATRE  
Av. De  
Résidence  
A  
Ennasr1

# PHARMACIE

DHOUB MOUNIRA

Av. de l'Ere nouvelle ENNASSER I

70 820 394 - 70 820 393

287949/K/C/P/000

1/10909/45

07/12/2019

Code pot	Articles	N°Ordon.	Qte	Prix Unt	Total
302438	CETAMOL SIROP FL/100 ML / SIROP		1	1.765	1.765
307212	CIFTADINE 4 MG BT/30 CP / CP		1	4.115	4.115
307312	MUCOSOL ENF 2% SIROP FL/200		1	3.100	3.100
306035	CLAMOXYL 500 MG FL/60 ML SP /		2	8.350	16.700
351661	BETANYL 5 MG/2 ML BT/10 AMP /		1	8.350	8.350
503898	PULMICORT 0.5MG/2ML BT/5		1	43.520	43.520
Total					77.550

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de .

Soixante Dix-Sept Dinars 550 Millimes .

**VIGNETTE**  
CLAMOXYL 500 mg  
Sirop Sec  
P.Pub : 7,445 DT  
+0.080 = 7,525 DT

**VIGNETTE**  
CLAMOXYL 500 mg  
Sirop Sec  
P.Pub : 7,445 DT  
+0.080 = 7,525 DT

**VIGNETTE** 19807  
CETAMOL 3%  
Soluté buvable 100ml  
PPT: 1.765DT

**VIGNETTE**  
MUCOSOL 2%  
Sirop Enft Fl/200gr  
A.M.M : 902 319.1  
P.P.T :

PHARMACIE  
Mme DHOUB MOUNIRA  
Née KAMOUN  
Av. de l'Ere Nouvelle ENNASSER I  
Tel: 70.820.393  
C.NAM: 1/10909-45-1871247000 / 1871247000