

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W19-519802

no = 19585

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41221

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MALIK MONCEF

Date de naissance : 15/08/1984

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

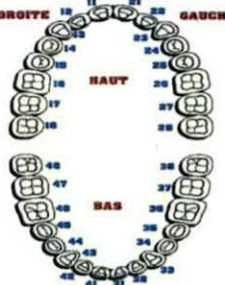
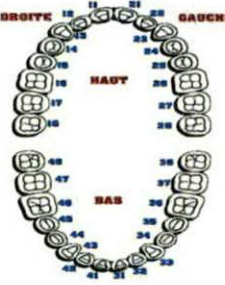
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 04/02/2020

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										
			Montant des soins										
			Début d'exécution										
			Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													
		Date du devis											
		Fin de											
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											
VOLET ADHERENT NOM : Mle													
DECLARATION N° W18-355842													
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													

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-355842	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>41201</u>	
Nom & Prénom <u>MAKKI MONSIE</u>		Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent	
Fonction : <u>MANAGER</u> Phones.....			
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient <u>JOHANNES ILMAR</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <u>60 ans</u> Date <u>09/07/2020</u>		Date 1ère visite	
Nature de la maladie <u>Angine</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>CS</u>		<u>200,00</u>	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
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 أربيب

**اختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع**

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

ORDONNANCE



Casablanca, le: 05/01/2020
Nom: Yahya Youssef Zyan

Age: 4 ans 10 mois
Poids: 14 kg

1- Doliprane 200 suppo

1 suppo x 4/j

2- Brufen sirop

1 cu x 3/j

a alterner
1tes les
4h

3- Amoxicil 250 mg sirop

1 cu x 3/j p 4Gj

4- Enteropegumil

1 flou x 2/j p 1 semaine

PPV: 28,90 DH
LOT: 614324
PER: 05/2022

PPV: 28,90 DH
LOT: 614324
PER: 05/2022

PPV (DH): 28,150
Lot N°:
UT. AV:

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45.90 DH
118001141357

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

51.- Zentel sirop

1 flacon x semaine x 2 semaines

Docteur Kawtar ERBIB
Médecin Spécialiste en Pédiatrie
Bd. Oued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2^{ème} Etage
Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 930 777

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 أريب

اختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le: 09/07/2020 Age: 15 ans 10 mo
Nom: Galbi Mohamed Iyad Poids: 14 kg

Prise de consultation spécialisée
Deux consultations (200,00 dh)

Docteur Kawtar ERBIB
Médecin Spécialiste en Pédiatrie
Bd. Oued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2^{ème} Etage
Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 930 777

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