

## 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 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-521150

ND° = 21062

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3715

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MAJBAR Mohamed

Date de naissance :

04/02/69

Adresse :

Tél. :

9682

Total des frais engagés :

1743,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/01/2020

Nom et prénom du malade :

Majbar ismail

Age :

32 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12 FEB 2020

### 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
31/01/2020	CS		250,00	INP : 0291131081

Dr. Mohamed SALLI  
Professeur de Pédiatrie  
Tél: 022-26.07.20

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/2020	293,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

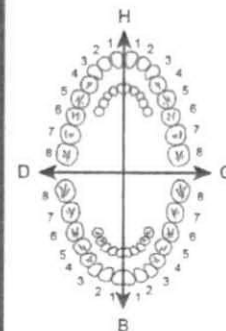
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

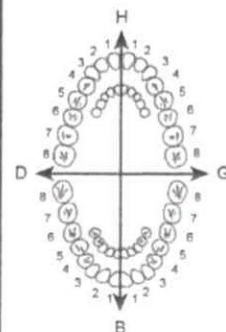
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



# Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique  
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie

et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابقا لمصلحة إنعاش الأطفال  
و المولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع  
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية  
تشخيص و علاج مرض الضيقة عند الأطفال  
عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز  
التنفسي والحساسية

CODE No / No DU CODE  
MH/DRUGS/AYU-146  
B No No LOT CK 0248F  
MFD FAB 06/2018  
EXP 05/2022  
(01) 1 90 11 10 09 25 0  
(21) J 23 26 L 24 J6

PPC: 55,00 DH

البيضاء، في : 31.01.2020



Age : 9 ans 7 mois

Enfant MAJBAR Ismail

## 1 ROMILAST COMPRISE 5 MG (30 CP, 6 - 14 A)

1 comprimé, le soir au coucher, pendant 1 mois

4 boîtes

## 2 EFFIPRED COMP EFF 20 MG (20 CP)

2,5 comprimés effervescents dans un verre d'eau 1 fois/jo  
de préférence le matin, pendant 3 jours



## 3 DOLIPRANE COMP DISP 500 MG

1 comprimé, 3 fois / jour, pendant 4 jours



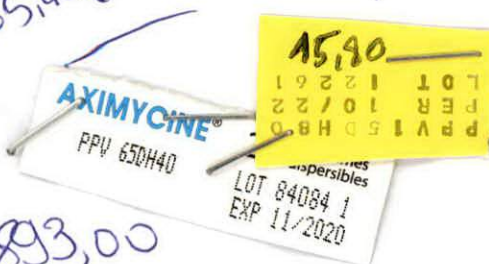
## 4 KINTEX SIROP (> 2 ANS)

1 cuillère à soupe, 3 fois / jour, pendant 7 jours



## 5 AXIMYCINE COMPRIMÉS 500 MG(24 GÈL)

1 gélule, 3 fois / jour, pendant 7 jours



Résidence Pasteur - 21, Place Charle Nicoles (Face Institut Pasteur) 1<sup>er</sup> étage - N° 3 - Casablanca

Tél. : 05 22 26 07 20 - 05 22 26 90 07 - Fax : 05 22 29 78 67 - GSM : 06 61 14 98 84 - E-mail : azhoum@yahoo.fr