

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 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

Declaration de Maladie

N° W19-478489

*couvrir
vsn*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **(23996)** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7847** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ELMEGNER MOHAMMED**

Date de naissance : **12-06-1969**

Adresse : **LOT ALOROUBA RUE 16 N°9 AN Chtk CASABLANCA**

Tél. : **06 737489 83** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL MACHTAN IDRISSI
PEDIATRE
287, Bd. Oued Eddahab, Jamia 5
Cité Djemaa Casablanca
Tél : 05 22 55 26 75

Date de consultation : **15-01-2020**

Nom et prénom du malade : **ELMEGNER AYOUB** Age : **10 ans**

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

Nature de la maladie : **Toux - asthme - fièvre**

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 : **15-01-2020**

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-478489

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **7847**

Nom de l'adhérent(e) : **ELMEGNER**

Total des frais engagés : **200 + 185,20**

Date de dépôt :

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
17/12	e2	-	200,00	INP : 09.104836015 Dr. EL MACHTANI PEDIATRE 287, Bd. Oued Eddanab, Jamila Cité Djemâa - Casablanca Tél : 05 22 59 26 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L OROBA Dr EL ALI MARYA 15, Rue Hassan II - Saida Ain El Ghoul - Casablanca Tél: 0522.52.22.69	15/01/2020	185,20

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.

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 : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur

My Hassan EL MACHTANI IDRISSE

Spécialiste des Maladies des Enfants
et des Nourrissons

Diplômé en Allergologie - Asthme

Diplômé de l'Université de Montpellier (France)

Ex. Pédiatre aux Hôpitaux de France

Ex. Pédiatre à l'Hôpital Militaire de Marrakech

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 15.01.2020

الدكتور
مولاي حسن المصطفى الإدريسي

إختصاصي في طب الأطفال و الرضع
دبلوم في الحساسية - الضيقة

PPV 65DH00

LOT 99026 1
EXP 11/2021

LEVAMOX

Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
500 mg/62,5 mg 12 SACHETS

Enfant EL MEGDER Ayoub

1 **LEVAMOX 500 MG SACHETS** (2)

2 boîtes

1 sachet 3 fois par jour avant les repas.

2 **DOLIPRANE 300 MG SACHETS**

Prendre 1 sachet 4 fois par jour.

3 **PIVALONE SUSP NASAL**

2 pulvérisations 3 fois par jour pdt 8 jours.

4 **EUMOXOL SIROP PEDIATRIQUE**

Prendre 1 càc 3 fois/j après les repas.

5 **NURAX SOLUTION BUVALE**

Prendre 2 càc par jour.

Eumoxol

Ambroxol

Sirop 0,3%

Flacon de 125 ml

LOT:

PER:

PPV:

PPV 65DH00

LOT 99026 1
EXP 11/2021

LEVAMOX

Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
500 mg/62,5 mg 12 SACHETS

DR. EL MACHTANI IDRISSE
PÉDIATRE
287, Bd. Oued Eddahab, Jamia 5
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél.: 05 22 55 26 75

287, شارع وادي الذهب، جميلة 5 قرية الجماعة - البيضاء - الهاتف/الفاكس : 05 22 55 26 75 - G.S.M :
djemaâ Casablanca - Tél./Fax : 05 22 55 26 75 - G.S.M :