

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 057536

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8220 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 58 662  
Nom & Prénom : SEKKAT ALI  
Date de naissance : 25/10/1969  
Adresse : 51 Bd Abdou PALDIERS  
CASABLANCA  
Tél : 0661188496 Total des frais engagés : 498,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Rachida CHAMI**  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Maârif Angle Brahim Roudani et  
Abou Lahak Al Marouni - Casablanca  
Tél : 05 22 99 83 63

Date de consultation : 27 JAN 2021  
Nom et prénom du malade : SEKKAT Moul Rayan Age : 10 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Angine  
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 : 27/01/2021


Signature de l'adhérent(e) :



# 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
27 JAN. 2021	CS	7	3000	 <b>Dr. Rachida CHAMI</b> <b>Professeur de Pédiatrie</b> <b>Espace Médical Abdelhak Roudani et</b> <b>Abou Ishak Al Marouni - Casablanca</b> <b>Tél : 05 22 99 63 63</b>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE</b> <b>D. S. O. N. B.</b> <b>Moukharraz - 0522 29 26 59</b> <b>Casablanca</b>	27.01.2021	198,30
INRI 0920 93639		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

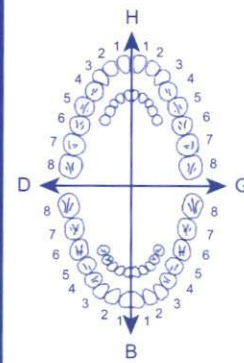
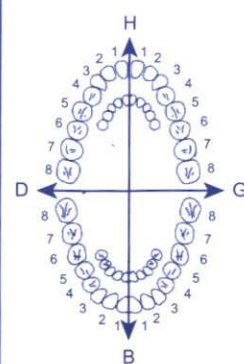
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div>           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div>           00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

Casablanca, le

27.01.2021

**SEKKAT Mohamed Rayan**

**1 BIOMYLASE SIROP**

2 cuillères matin et soir pendant 3 jours

**2 DOLIPRANE 500 mg cp efferv : 2T/8**

1 comprimé toutes les 6 heures pendant 2 jours

**3 BRUFEN SUSPENSION BUVABLE**

2 cuillères en cas de fièvre entre les prises de Doliprane

**4 PEDIAKID NEZ GORGE SPRAY**

2 pulvérisations 3 fois par jour dans le nez et dans la gorge pendant 3-4 jours

**5 AMOXIL SIROP 500**

2 mesures matin et soir pendant 7 jours  
si aucune amélioration dans 48 heures

**200 U.CEIP/ml**

40,00

15,80



PPV (DH) :  
Lot N° :  
JT. AV :

22,50

PHARMACIE  
T. ALAMI N° 38  
Moussine Hassan / 0522 29 26 59  
Casablanca

**Dr. Rachida CHAMI**  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Maârif, Angle Brahim Roudani et  
Abou Ishak Al Marouni, Casablanca  
Tél : 05 22 99 63 63

