

## 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, parodontologie 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 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° W19-599028

SN 62795 A

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

30625

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

FATH ELHAJ ELHARSANE

Date de naissance :

1979

Adresse :

Maarif

Tél. :

0661223562

Total des frais engagés :

549,5 + 250 = 799,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur KADA ZAÏR Jamel  
PEDIATRIE - ALLERGOLOGIE  
8, Bd. Yacoub El Mansour  
CASABLANCA  
Tél. : 0522 26 02 68 / 05 22 98 79 68

Date de consultation :

16/02/2021

Nom et prénom du malade :

YAZAN

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Fievre

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) :

[Signature]

16/02/2021

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-599028

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 :

30625

Nom de l'adhérent(e) :

FATH

Total des frais engagés :

799,5

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/12/21        | cr                | 2500                  |                                 | INP: 091082354   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

Docteur DA ZAIR Jamel  
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE  
8, Bd. Yacoub El Mansour  
CASABLANCA  
Tél: 0522 25 82 60 / 05 22 98 79 89

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SOCRATE<br>18bis, Rue Ibnou Majat Chantimar 2<br>Maarif Extension - Casablanca<br>Tél: 0522 94 81 10 | 16/12/21 | 549,50                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# 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 :

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 | 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  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table> |                  |             | H  |  | H | 25533412 |  | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | D |  | G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 | B |  | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|                            | H  |                  | H           |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | 25533412   |                  | 21433552    |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | 00000000   |                  | 00000000    |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | D  |                  | G           |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | 00000000   |                  | 00000000    |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | 35533411   |                  | 11433553    |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | B  |                  | B           |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | [Création, remont, adjonction]   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            | Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            |  |                  |             |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            |  |                  |             |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            |  |                  |             |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            |  |                  |             |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            |  |                  |             |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            |  |                  |             |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |
|                            |  |                  |             |  |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel

DE LA FAÇULTE DE MEDECINE DE NANCY  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DES ENFANTS ET DES NOURISSONS  
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE

8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68

Fax : 05 22 23 08 07

E-mail : kadazair@gmail.com

Urgences : 06 61 14 16 22

INPE : 091082354

ICE : 001746690000091

# الدكتور قادا الزاير جمال

خريج كلية الطب بنانسي  
حاصل على شهادة الاختصاص في أمراض الأطفال والرضع

البيضاء

05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68



16/02/2021

Casablanca, le .....

FATH Yazan

( Age: 1mois 4semaines 1jour , Poids : 5.55 kgs )

DOLI PEDIATRIQUE (sirop) : 17,50

1 dose toutes les 06 heures

ROTARIX : 252,100

INFANRIX HIB : 280,100

Docteur KADA-ZAIR Jamel  
PEDIATRIE - ALLERGOLOGIE  
8, Bd. Yacoub El Mansour  
Casablanca  
Tél: 0522 25 82 60 / 05 22 98 79 68



T = 549,50

صيدلية  
PHARMACIE SOCRATE  
93bis Rue Ibnou Mouta Chantimar 2  
Madrêt Extension - Casablanca  
Tél: 0522 94 81 10

صيدلية  
PHARMACIE SOCRATE  
93bis Rue Ibnou Mouta Chantimar 2  
Madrêt Extension - Casablanca  
Tél: 0522 94 81 10