

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 Aljal Ben Abdellah - 1^{er} étage Angle Rue Mohammed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 20 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-593076

65245

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

DR NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casa 20550
Tel: 0522.85.10.58



Casa 20550

30 / 03 / 2021

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
4.3.21	CS	1	250	 JUNA M'hamed 20/50 10:58

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	82. Av. Agha Ain Choua Tel: 0522-8171
Modèle du Remetteur		Montant de la Facture
PHARMACIE AIN EL AMEYANI OU 128. AV. ADDOU CHOUA Ain Choua, 25. C Tel: 0522-8171	04/03/2014	196,10 dh

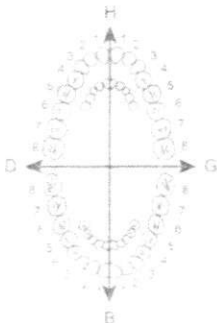
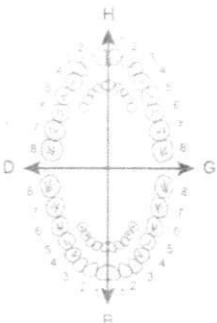
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien s'engage à produire le dent traité. Toute pratique effectuée hors de la zone d'activité doit être

important

Ne pas inscrire les radiographies en cas de prothèses ou de soins dentaires. En 5, 4, 3, 2, 1, 0, 1, 2, 3, 4, 5

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NOUNA M'hamed
Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens
Spécialiste des maladies du Nouveau-né
Nourrisson et L'Enfant
Asthme de l'enfant et Maladies
Allergiques

الدكتور نونا محمد

خريج كلية الطب بآميان
إخصائي في أمراض الرضيع و الطفل
مرض الربو (الضيقه)
أمراض الحساسية
البيضاء في 04/03/2021

Casablanca, le 04/03/2021

Nom/Prénom : **RASSID** **Mahmoud**

Poids : **Poids : 13,000 Kg** **age : Age : 16 mois et 12 iours**

1) ZYRTEC SUSP BUV GTES 10MG/ML FL 15 ML

Prendre 10 gouttes le soir, pendant 2 mois à 18

2) NAZAIR SOL NASALE PULV

Faire 2 pulvérisations à 18h le soir, pendant 1 mois à 18h

3) BUTOVENT SUSP BUV FL 150ML

Prendre 1 cuillère mesure 3 fois par jour, avant le repas, pendant 8 jours

LOT 791373
EXP 05 2024
PPV 49.60 DH

LOT 191353
EXP 05 2024
P 40.60 DH

LOT: GA00752
PER: 07/2022
PPV: 75 DH 00

1 boîte

Cipla
Etiquet

21,90

Dr NOUNA M'hamed
PÉDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casa 20550
Tel: 0522.85.10.58