

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sons 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.

Biologie 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

: contact@mupras.com
@mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0038181

Optique 65981 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NOUZI NOSTRA

Date de naissance : 10.03.1955

Adresse : DAR EL HOUSS RUE 6 N° 7 CABA

.....
RIS / C 112 K

Tél. : 0661 88 62 44 Total des frais engagés : 1275,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2021

Nom et prénom du malade : BOUK DOUSS AYNA Age : 1955

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : PID avec début de fibrose

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 : casa Le : 23/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| 23/03/2021 | CS | | 250 D.H. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 23/03/21 | 1975,60 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Asthme - Allergie

الربو (الضيق)، الحساسية

Tests cutanés

اختبار الحساسية

Pathologies liées au tabac

أمراض التدخين

Arrêt du tabac

الاقلاع عن التدخين

Tuberculose

مرض السل

Spirométrie - Bronchoscopie

فحص وظائف الرئة، الفحص بالمتضمار

Pathologie du sommeil

أمراض النوم

Pathologies professionnelles

الامراض المهنية

ot = 30/03/2021

ch = 25/06/2021

Ordonnance

Lot n° 008 P 081 B
Pér.: 05 - 2023

PPV: 45 DH 30

Casablanca Le : 23/03/2021

OT: GB00871

PER: 05/2023

PPV: 185 DH 00

Nom : Amna Benkiddous

$$2 \times 45,30 = 90,60$$

(1)

Balivent spray

LOT: GB00871

PER: 05/2023

PPV: 185 DH 00

2 bueffés x 4

LOT: GB00855

PER: 05/2023

PPV: 185 DH 00

puis 2 bueffés à gue réintensif

PPV: 210,00 DH

$$3x 91,00 = 273,00$$

(2)

Flewan long =

PPV: 210,00 DH

$$= 55,10$$

1 spray direct

PPV: 210,00 DH

3x 185,10

Sofflu 250 mcg spray s

2 bueffés matin } (03 matin)

(3)
af 09h
af 21h

$$2x 25,60 = 51,20$$

④

Basen qf = $1q \times 3/5 (0.6q)$:

⑤

Factive qf = $1q / 5 (0.2q)$:

Dr FATIMA ZAHRA MAHREZ
Pneumopédiatre / Allergie / Gén
212, 1^e étage - Hôpital Abdellah
Bd Temara, 100 casablanca
Tel 0022 506 555 40 438