

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

- 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 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° W19-452426

74017 CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 12455

Matricule : 12455 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMINE AYMANE

Date de naissance : 09/09/1984

Adresse : Apt 8, Imm 11, Residence les Sequoias, Rial Oudb Mtan Temana

Tél. : 0661331136 Total des frais engagés : 519,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. BENTAMA IKRAM**
Pédiatre
Imm. 804, Appt 2, 1er Etage
Guiche des Oudayas
Tél: 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : 04/04/21

Nom et prénom du malade : Moumine Aymane Age : 6 ans

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

Nature de la maladie : Bronchite

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 : R AC Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-452426

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
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
	<u>a</u>		<u>259,00</u>	INP : <u>1018645</u>

Dr. DENTAMA
Pédicêtre
M.D., Appr. 2, 1er Etage
des Coudoyas
Tél. 7-10-10-10-10-10-10

Dr. BENTAMA
Pédicêtre
Imm. 804, Appt. 2, 1er Etage
Quai des Cluses

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ANDAL Dr. HAMIDI M. YOUSSEF 380, Secteur 3, Oulad Maa Hay Oudayas Tamara 34 05 37 61 39 90		269,60

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Pharmacie AL ANDOUSS
Dr. HAMIDI M. YOUSSEF
380, Secteur 3, Ouled Maa
May Oudayas - Tamara
234 25 37 61 39 90

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

[illegible]

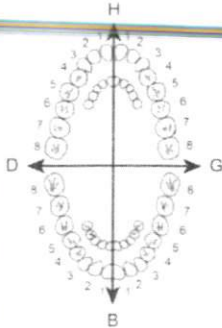
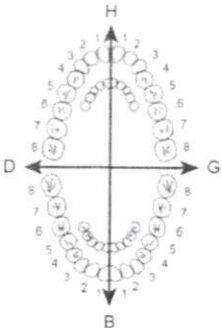
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.			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

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.

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ikram BENTAMA

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine de Rabat
Ancienne praticienne à hôpital d'enfant de Rabat
Néonatalogie et Réanimation Néonatale



كتورة إكرام بنطامة

اختصاصية في أمراض الأطفال

أو الرضع وحديثي الولادة

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال بالرباط

Rabat, Le

Moumine Soularyense

40,60 x 2

① Augmentin ^{effach}

21,90

② Butorenk

58,40 ^{1/2 com}

③ Solupred ^{20 mg}

22,50 ^{1 cp 1/2 1 i}

④ Brufen

12,70 ^{1 com 1/2}

⑤ Doliprane ³⁰⁰

269,10 suppo 16 heures ^{alterne chaque 3 heures}

Imm 894, 1^{er} étage Appt 2

Av. des Oudayas, Guiche Oudayas

Témara (en face de Dar Al Koran)

Tél: 05 37 56 24 10 - Gsm: 06 64 07 14 83

INPE: 101189645 - ICE: 001689270000080

Dr. BENTAMA IKRAM
Pédiatre

PPV 12DH00
PER 07/21
LOT 11795

⇐ 12.80



PPV 12DH06
PER 11/21
LOT H2419

⇐ 12.80

PPV (DH):
Lot N°:
UT. AV:

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

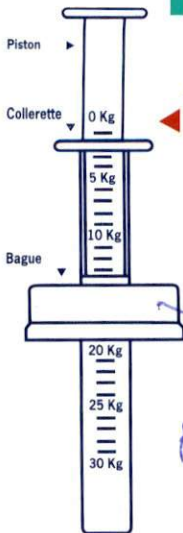
**Suspension
pédiatrique**

⇐ 22.50

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

100 MG/12,5 mg par ml

enfant



1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

PPV: 70,60 DH
LOT: 593441
PER: 02/2020

Uniquement sur ordonnance

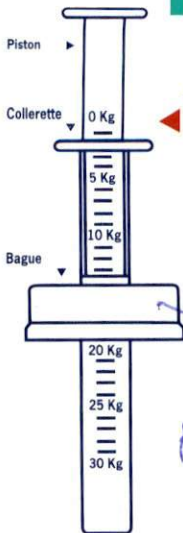
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Augmentin® est une marque
déposée des sociétés du
Groupe GlaxoSmithKline

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

100 MG/12,5 mg par ml

enfant



1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

PPV: 70,60 DH
LOT: 593441
PER: 02/2020

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Augmentin® est une marque
déposée des sociétés du
Groupe GlaxoSmithKline