

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Declaration de Maladie

N° W21-670815

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAN**

Matricule : **12200** Société : **RAN**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Rachid**

Nom & Prénom : **LOUZA**

Date de naissance : **03.12.1979**

Adresse : _____

Tél : **0661253647** Total des frais engagés : **#379,5#** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Maryam BOUSROUR
Pédiatre
Place la Liberté N°29, 1er étage Appt. N°1
Quartier Mellah - Settat
Tél.: 0523 40 36 09

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : **LOUZA KINAN** Age : **21 j's**

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

Nature de la maladie : **Affection respiratoire**

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 : **Settat** Le : **27/12/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
07/12/2021			200 DH	INP: 061210241

Dr. Maryam BOUSROUR
Pédiatre

Place la Liberté N°23, 1er étage Apt. N°1
Quartier Mellah - Settat
Tél: 0523 40 36 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL Basmala N° 521 SETTAT Tél: 05 23 72 04 21	08/12/2021	99.50
	07/12/2021	98.90

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. Maryam BOUSROUR

Pédiatre

- Diplômée de la Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancienne résidente au CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتورة مريم بسرور

- إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
- حاصلة على دبلوم في طب الأطفال من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

Settat, le: 07-12-2022

Louza Kinan

49.50

1) Apixol sirop enfant

1/2 càc x 2/j

مات

PHARMACIE RADIA
BD 9 JUILLET LOT BENKASSEM
N° 521 SETTAT
Tél : 05 23 72 04 21

Lot: 190894
À consommer avant le: 12/2022
PPC: 79,50 DH

Dr. Maryam BOUSROUR
Pédiatre
Place la Liberté N°29, 1er étage Appt. N°1
Quartier Mellah - Settat
Tél.: 0523 40 36 09

98,90

2) Zeclar suspension



Pharmacie AL Basmala
Lot N°1500 Mojamaa El Kheir
Settat - Tél: 05.23.40.45.81

1 dose (5) x 2 1/2 doses

Maphar
Bd. Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Zeclar 25mg/ml gle susp buv
P.P.V.: 98,90 DH



118001 182862

Dr. Maryam BOUSROUR
Pédiatre
Place la Liberté N°29, 1er étage Appl. N°1
Quartier Moulah - Settat
Tél.: 0523 40 36 09

