

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

- 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° W21-663128

105239

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 12607

Matricule : 12607 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : SBM Amine

Nom & Prénom : SBM Amine


Date de naissance : 05/01/87

Adresse : Residence Argue Marine, N4, DAR BOU AZZA
NOUACEUR

Tél. : 0676393530 Total des frais engagés : 460,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 20 DEC 2021

Nom et prénom du malade : Shae Radic Age : 34

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 : Casablanca

Le : 14/01/22

Signature de l'adhérent(e) : 

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
01/11/2021		2	250 DH	INP : 0911184788

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/21	26,70

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 : 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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>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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. Nezha el HATTAB EL IBRAHIMI

Pédiatre - Allergologue

Spécialiste en Allergologie

Asthme, de l'enfant

Nutrition Pédiatrique

Homeopathie

الدكتورة نزهة الخطاب الإبراهيمي

اختصاصية في أمراض الطفل

الحساسية، الربو (الضيق) عند الطفل

التغذية عند الطفل

Casablanca le : 20 DEC 2021

Shari Radic

83,50

1 - Rhinolaya forte

PPC : 83,50 DH

1 boog x 31

18,50

2 + hydrocortis

18,50

+ Cocculus Cati

12,00

+ Proxalut

12,00

+ Pulsatilla

زاوية شارع مولاي يوسف وزينة نادو الطابق 3 الشقة 6 بوركون (قرب رونو) - الدار البيضاء
Angle Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud (à coté de Renault) 3ème ét. - Appt 6 Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

ICE: 000114622000088 / INPE: 091184788

17,70
+ Delipetalial **(S.V)** 1 dose (16) / 6.

15,70
+ Toplexil **(S.V)** ^{17,50}

1ml x 2j

LOT: 21E023
PER: 08/2023

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 150H70



3j

Si pas Améliorer

Azimox sirop EY

1 dose (16) / jour

Dr. Nour ELHACHIMI
Pharmacien
Apt 239, Bd. Mohammed VI
Boulevard Mohammed VI - Casablanca
Tél: 05 22 40 24 23

2900
Curtex sirop **(S.V)**

1/2 com x 2j

3j

T: 2/10/20

PPV: 20DH00
PER: 06/24

1 mois

Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL AU
Rue AZEMOUR Re. Terrasses Marines
Bordj Bouazza - Casablanca
Tél: 05 22 23 10 87