

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

- 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° W21-688870

142135

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

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

Matricule : **12917** Société : **RAM**

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

Nom & Prénom : **BRIUNI NOHANE ANINE**

Date de naissance : **22/08/1982**

Adresse : **Lot Salama 2 N° 43 Rue 14 Florida CASABLANCA**

Tél. : **0676892792** Total des frais engagés : **607,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rochd BENMERZOUK
Pediatre
Bd. Al Qods, Lot. Al Majd
Im. A 1er Etage. N° 4
Rég. Ain Chabab - Tél. 0522 20 45 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : **8.12.22**

Nom et prénom du malade : **Briuni Nohane**

Age : **5 ans**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : **Bronchite aigüe**

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) : **7707 330 67**

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
8.12.22	C7	210,17		INP : 0811 96774

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR. EL IDRAÏ N° 052-503073	08/12/2022	357,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

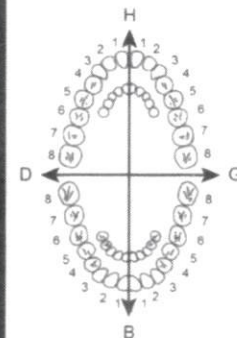
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Soins

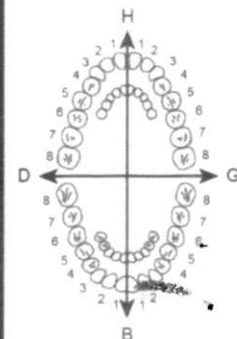
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Docteur Rochd Benmerzouk

Pédiatre

Néonatalogie - Puériculture
Pédiatrie générale - Asthme - Allergologie



الدكتور رشيد بن مرزوق

اختصاصي في طب الأطفال والرضع
والحساسية

Tél.: 05 22 52 44 68

- DN: 20.11.12
- Pds: 13 kg
- Temp.: 38.5 °C

Casablanca, le 8.12.22

Prénom :

Lhya

Nom :

Boumi

PPV: 70,60 DH
LOT: 649827
PER: 06/2024

60,00
D Olofred 20 cp

15

39,90
D Olofred 20 cp

15

70,60 x 2
D Difomeubm sup. c

15

19 kg x 03/2 08/20
D Difomeubm sup. c

15

21,90
D Difomeubm sup. c

15

1 cor x 03/2 08/20

PHARMACIE DAR AL IDAA
Dr. IDRISSEINEB
May Al Oudjaj 161 Ain Chock
Tél: 05 22 52 44 68

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
R.P.C 84.00 DH

PPV: 70,60 DH
LOT: 649824
PER: 05/2024

LOT 22008
SEP 24
FV 39DH 90

Docteur Benmerzouk
Pédiatre
Lot Al Majd, 4^e étage, N° 4
Tél: 05 22 52 44 68

21,90

60,00