

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-438492

145169

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3578 Société : RAT

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : JAN. 2023

Nom & Prénom : BOUZARI ZALWA

Date de naissance : 25/03/1962

Adresse : 11 RUE MOUKHAMMAD APT 7

Tél. : 063785197 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SADIK Fouzia
N° de médecin
104, Rue Mir ouza Hay Erraha
Tel: 05 22 158 91 Casablanca

Cachet du médecin : INPE : 091122440

Date de consultation : 04 JAN 2023

Nom et prénom du malade : BOUZARI ZALWA Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + colique

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 :

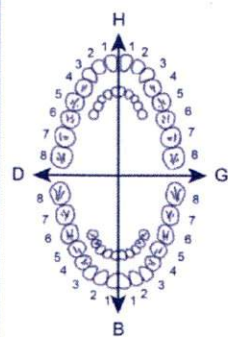
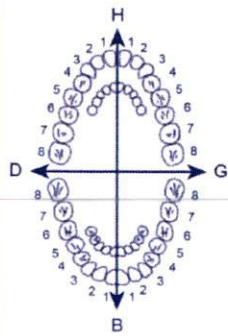
Signature de l'adhérent(e) :

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
10 JAN 2023	1. C1	01	200,00	INP: 091122410 Dr. SADIK Fouzia Médecin 104 Rue Mimouza Hay Ennaha Tél: 05 22 36 59 91 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
Mme CHAOUI SAMIRA Rue Al Oukhrouane Beauséjour Casablanca - Tél 05 22 39 39 73	300,00

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	

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 : <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="0"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	21433552	G	25533412	00000000		D	00000000	00000000	35533411	11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	21433552	G													
	25533412	00000000														
	D	00000000	00000000													
	35533411	11433553	B													
		[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

Docteur SAI

Médecine
Echograph

104, Rue Mimosas

1er Etage - Beauséjour

Casablanca - Tel. : 05 22 36 58 91

PPC ; 139 , 50dh

Lot : 21946

À consommer de

préparé avant le : 05/2024

Carboxane®
Gélules **Flora**

05 22 36 58 91

10 JAN. 2023

Casablanca, le

بيضاء ، في

Mlle BOUZARIF Zouira

100.00

- Enterogermina (0.13)

1 Flacon Buvable ;
avant repas -

139.50

- Carboxarb Flora (0.13)

4 cp / après rs

- Imodium (0.13)

2 gell d'Entée pres

1 gell à chaque selle
diarrhéique -

- Liorax (0.13) Agha
1 cp le soir

Dr. SADIK FOUZIA
Médecin
104, Rue Mimosas May Errahja
Tél. : 05 22 36 58 91 Casablanca

الدكتورة صدي

لعا
الح
ة الم

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V 100,00 DH

LOT : 22E012
PER : 08 2027

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50

LOT : 22E011
PER : 07 2027

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50

6 118006 010845