

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-621834

146350

ML: 9533

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 9533 Société : K-4-M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AICHAM

Nom & Prénom : BEN SOUDA

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél : 0660942890 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZAGHLOUL J
Pédiatre - Casa
19, Bd. Bordeaux - 71
Tél: 05 22 29 39 71
GSM: 06 61 13 51 13

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN SOUDA

Age : 11

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : C.E.D

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/01/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

91139852

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
20.11.77	G	1	1.500	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INP: 91139852 LOULOU J pédiatre Casablanca </div>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
		20/12/2022	100,00

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
		A M	P C	I M	I V	

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table> MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table> DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table> FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table> MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table> DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table> DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
		35533411	11433553																
		B																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZAGHLOUL Jamal
PEDIATRE

Ex. Enseignant à l'Hôpital des Enfants
C.H.U. Ibn Rochd Casablanca
Médecin Expert Assermenté

19, Bd Bordeaux - 1er étage
(en face du Cinéma Verdun)
CASABLANCA

☎ { 05.22.29.39.71
05.22.20.06.52 Fax

GSM : 06.61.13.51.13

INP : 091139832

Casablanca, le 20 / 12 / 92

Bonjour Ahmed

الدكتور زغلول جمال

اختصاصي في أمراض الأطفال
طبيب مساعد سابقا بمستشفى الأطفال
المركز الصحي الجامعي ابن رشد
طبيب خبير محلف

19 ، شارع بورردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 } ع ☎
05.22.20.06.52

06.61.13.51.13

PPV: 80 H00
PER: 09 25
LOT: L2901

Dr. Abderrahim Roudani
Pharmacie RESIDENCE NADIA
Centre Commercial Nadia
281, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 72 59 - Fax: 05 22 23 72 56

20,00

Dr. ZAGHLOUL J
Pédiatre
19, Bd. Bordeaux - Casa
Tél: 05 22 29 39 71
GSM: 06 61 13 51 13