

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° W21-781698

15/14/12

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ESSATTE HOUSSAM
 Date de naissance : 27-04-87
 Adresse : RIAD ANDALLOUSSE MARBELLA3 IMMSO
 APPT 20 HAY RIAD RABAT
 Tél. : 0673490701 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Leila CHRAÏBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
Tél: 0522 59 98 01 GSM: 0600 03 60 46
INPE: 091042895

Date de consultation : 28/2/23

Nom et prénom du malade : ESSATTI Age:

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DE LA COLLINE Dr. TAHIRI JOUTEI Amma parking CAMPUS OUR Sid Abacrouf (Antenne Makro) 05 42 33 51 73 / 05 22 43 99 53 - GSM : 06 01 24 42 07 066958 - Port : 36193709 - IF : 50731792 - GSM : 6063490</p>	28/02/23	202,00

[illegible]

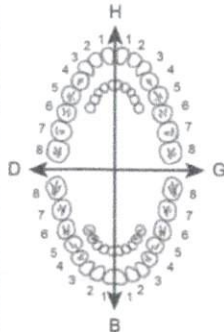
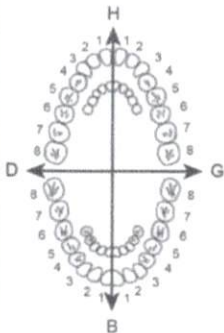
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHRAIBI Leila

SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE
ALLERGOLOGIE
INFANTILE ET ADULTES



الدكتور الشرايبي ليلي

إختصاصية في طب الأطفال

جميع أنواع الحساسية

للأطفال والكبار

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Pédiatrie
Spécialiste en Allergologie
Tél: 05 22 59 98 01 - GSM: 06 00 03 60 46
INPE: 091042895

ESSAYS Libya

PHARMACIE DE LA COLLINE
Dr. FATEMA EL Amina

Surpark 1000, 1000, 1000 (Ancien Makro)
Tél: 05 22 33 51 77 - GSM: 06 61 24 42 07
PE: 206958 - Pet: 364001 - H: 50731792 - CHSS: 0063490
INPE: 000483820000041 - Email: pharmacetamol2011@hotmail.fr

30,00 Belmiskem gants
50 gants 1/2 par semaine 3.
79,00 Filobriabi ou gong miz
1 can + 2/2
93,40 Cefixon ou Ofi Ken miz M1
10x 5kg 2 fois 1/2 + 62
204,40

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
Tél: 05 22 59 98 01 - GSM: 06 00 03 60 46
INPE: 091042895

Sur rendez-vous

3011 Route De Bouskoura, 22 Lotissement Sophia 2^{ème} Étage À Côté De La Mosquée Al Saoûd1 - Bouskoura

Tél : 05 22 59 98 01 - Gsm : 06 00 03 60 46

Lot: 220027
A consommer de
préférence avant le: 02/2025
PPC: 79,00 DH

LOT : 1042
PER : 01 - 25
P.P.V: 30 DH 00

03490

