

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.



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

Declaration de Maladie

N° W21-806641

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **42305** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **FASSI RIKI YASMINE**

Date de naissance : **30/04/1974**

Adresse :

Tél : **06-56-520-520** Total des frais engagés : **300 + 126** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **14/02/2023**

Nom et prénom du malade : **Hatim Elumia** Age : **13 ans**

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

Nature de la maladie : **maladie Pédiatrique (BU)**

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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Hay Hassan - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NP 092003458 <i>3 Rue Andris Beauselou</i> <i>Asablanca Tel 05 22 39 09 70</i> <i>Docteur en Pharmacie</i>	28/01/20	126,30

[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Bétastène
acétate

LOT : 5242
PER : 12 - 24
P.P.V : 30 DH 0

PPV: 80DH00
PER: 07/26
LOT: M2443

AZIX[®]
40 mg / ml Azithromycine

INALER[®]
Salbutamol

Dr Ait M'hamed Laila
Pédiatre
Maladies du nouveau-né,
du nourrisson et de l'enfant

Cabinet
Pédiat

16,30

02/11/2018

Hatim elmunia

13 mois - 9800g

1) Position semi assise

2) Laver le nez avec S. Physiologique

20,00

3) Bétastène 400 mg / 100 mg
après petit déjeuner

16,30

4) Inhaler Solution
1/2 cr - 11247

x 3 jours

Dr AIT M'HAMED LAILA
PÉDIATRE
249, Boulevard Yacoub El Mansour, Résidence
El Mansour, 2^{ème} Etage, Apt3, Hay Hassani
Mansour, 249, 05 22 39 39 04 / 06 66 11 79 79

249, Boulevard Yacoub El Mansour
Résidence El Mansour, 2^{ème} Etage, Apt3, Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com

x 3 jours

→

2018

Agix cooling solution

Adose 10 kplj

V.S

18/01/18

PHARMACIE AL AMANA
Docteur en Pharmacie Samira
3 Rue Annanias Beausejour
Asablanca Tél 05 22 39 09 70

Dr. AIT M'HAMED LEB
PEDIATRE
209, Bd. Yacoub Mansour, Résidence
Mansour, 2 étages, Hay Hassan
0522 39 39 04 / 0522 11 79 79