

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-809937

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

RASSIN Saïd

199883

Date de naissance :

16/08/1965

Adresse :

529 lot Hay Fath casablanca

Tél. :

0661566363

Total des frais engagés :

742,60

Dhs

Cadre réservé au Méd.

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
32, Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casa 20550
Tél: 0522.85.10.58

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/02/20

Nom et prénom du malade :

RASSIN Rachid

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

asthme + pharyngite

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 :

12/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	<p>82 Av. Aba 11 Casa 20550</p> <p>82 Av. Chifa 11 Casa 20550</p> <p>Tel: 0522 85.10.58</p>
Cachet du Fournisseur		

[illegible][illegible]

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

[illegible]

	<p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT. DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000						
	D	G						
	00000000 35533411	00000000 11433553						
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS						
		DATE DU DEVIS						
		DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

الدكتور نونا امحمد

خريج كلية الطب بأميان

اخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيقة)

أمراض الحساسية

Casablanca, le 12/02/2024 البيضاء في

Nom/Prénom : RASSID Mahmoud

Poids : Poids : 19,000 Kg age : Age : 4 ans et 3 mois

218,00
x2

1) SERETIDE 250/25µg Susp inh FI/120doses

2 boites

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois

2) DOLIPEDIATRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

1 boite

Donner 1 dose poids de 19 Kilos toutes les 6 heures

3) VENTOLINE 100µg Susp inh FI/200d

1 boite

Prendre 2 bouffées toutes les 2 heures

u220

Tu94160

PHARMACIE BILAL
MAY EL FARAH RUE 61 N°168 - Casa
Tél: 05.22.85.84.97

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casa 20550
Tel: 0522.85.10.58

