

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 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 Agence Air Maroc, 16 rue de la Liberté, Casablanca. Téléphone : 05 22 30 75 45 - 05 22 30 75 46. Fax : 05 22 30 75 46. E-mail : agence.airmaroc@mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-450584

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12837 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DGHAY Hicham
 Date de naissance : 16/02/1987
 Adresse :
 Tél : 0666 815849 Total des frais engagés : 1580,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MALTOT Asmaâ
 Pédiatre
 Allergologue - Pédiatre
 Echographie Pédiatrique
 Résidence Robert, Anglu Bd. Chelchoune
 et Rue Abdelhamid Bnou Dadis - 2ème Etage N°10
 Ain Sebâa - CASABLANCA
 Tél : 05 22 34 11 30

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2019
 Nom et prénom du malade : DGHAY GHITA Age : 4 mois
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Vaccination

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère contagieux, 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 : 06/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : Accusé réception/Ram

20 SEP 2019

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
06/09/19	CS		#200,00#	INP : 0911111121 Residence: 05 22 34 11 30 Alger Solenne Echographie Robert, Angèle, Zineb CASABLANCA

06/09/19 CS

$\neq 200,00 \neq$

* INP: 09/11/12

Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 06/09/19		1380,00

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

06/09/19

138000

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

ΔΔΔ

86

LM

13

dec

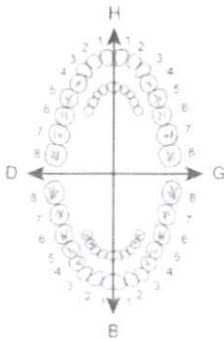
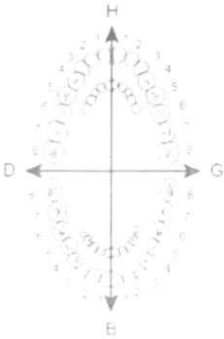
Montant détaillé
des Honoraires

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25523412 0000000 D 0000000 35523411 B 21433552 0000000 G 0000000 11433553 B			MONTANTS DES SOINS
	[Creation, remont, adjonction] [Indiquer l'acte thérapeutique nécessaire à la prothèse]			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTIONFIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MALTOF Asmaa

PÉDIATRE



الدكتورة ملطوف أسماء

طبيبة أطفال

- Assistance à l'accouchement
- Spécialiste des maladies des enfants, des nourissons et des nouveau-nés
- Echographie Pédiatrique
- Diplôme universitaire en Pneumo-allergologie et asthme de l'enfant
- Diplôme universitaire en HOMÉOPATHIE
- Diplôme universitaire en Psychologie et Psychopathologie du bébé

- مرافقة المولود عند الولادة
- إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة
- الفحص بالصدى للأطفال
- دبلوم جامعي في أمراض الحساسية والربو (الضيق)
- دبلوم جامعي في الطب المثلي
- دبلوم جامعي في علم النفس و علم النفس المرضي للطفل

Casa le: 06/09/2019

D GHAY GHITA

29600

1) PENTAXIM (1 Flacon)

81400

2) PRÉVENAR (1 Flacon)

24000

3) ROTARIX (1 Flacon)

138000



PHARMACIE MONCEIF
Dr. Faiza DAUD
75, Bd. Chefchaoui Aïn Sebââ
CASABLANCA
Tél/Fax : 05 22 67 20 10



DR. MALTOF Asmaa
Pédiatre
Allergologue Pédiatre
Echographie Pédiatrique
Résidence Robert B, Angle Bd. Chefchaoui et Rue Hamid BnouBadiss 2ème étage Bureau 10 - Aïn sebaâ - Casablanca
Tél : 05 22 34 11 30

se necesita reconstitución

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 270.00 DH

6 118001 141708

PREVENAR 13 SUSP INJ

P.P.V. : 814DH00

6 118001 171057

Laboratoires
Pfizer S.A.

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 -

Aïn Sebaâ 20250 - Casablanca

PENTAXIM SER DOSE B1

P.P.V. : 296DH00

6 118001 080632