

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

- Reclamation : 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° W19-497398

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres **14695**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10247** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Giri HIND**

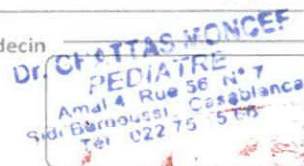
Date de naissance : **01-10-74**

Adresse : **48, lot KAMILIA AIN SEBAA CH8A**

Tél. : **0661297821** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13-12-2019**

Nom et prénom du malade : **KARAN DEC. 14/1A** Age : **6 ans 4/12**

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

Nature de la maladie : **Affection ORL**

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 : **30/12/19**

Signature de l'adhérent(e) :

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
13.12.19	C2	1	91003H	INP : 091067444 Dr. GATTALONCE PEDIATRE Amboise, Rue N° 7 Sud Bourgois, Cote d'Azur Tel. 022 75 519

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. GATTALONCE Décret en Pharmacie 159 Lot Hay d'Arbois 022 75 519	13.12.19	164.40

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
		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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																		
	<table border="1"> <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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433552	B		G			
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D																					
	00000000	00000000																				
	35533411	11433552																				
	B																					
	G																					
	(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

Dr. GHATTAS Moncef
PEDIATRE

Spécialiste des Maladies du
Nourrisson et de l'enfant
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Rennes - FRANCE

Tél.: 05 22 75 15 66
Fax : 05 22 75 15 67



13 DEC. 2019

الدكتور غطاس منصف

طبيب اختصاصي
في أمراض الرضيع و الطفل
خريج كلية الطب برين - فرنسا

الهاتف: 05 22 75 15 66
الفاكس: 05 22 75 15 67

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

KARAMI LiLYA

101,90
M Eucloar Sahi B^{re} de 226 6ans 1/2

42,00
Y Bromylum 1 sachet 3/4 & sur up

22,50
ACofen 2 sachet 3/4 & sur up

16M 1/6M 1/6M 1/6M

= 164,40

Dr. GHATTAS MONCEF
PEDIATRE
Amal 4 Rue 56 N° 7
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 05 22 75 15 66

أمل 4 زنقة 56 - رقم 7 - الطابق الأول - سيدي البرنوصي الدار البيضاء

Amal 4 Rue 56 - N° 7 - 1er étage - Sidi Bernoussi - Casablanca

Lot N° :

Exp :

19031

PPV :

101DH90



4200

PPV 4200

LOT 216
PER: MAR 2022
PPV: 22 DH 50