

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

- 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'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° W19-486943

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72386 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Tit Kechhech hicham

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age : 2 an

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES												
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez 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	Coefficient des								
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/>								
				<input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/>								
				<input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux									
	<table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/>	
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>										
				Fin de <input type="text"/>								
VOLET ADHERENT		NOM : <u>Ait Kech Kech</u>		Mle <u>12986</u>								
DECLARATION N°		W18-399945										
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes										
	<u>367,7 MAD</u>											
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle												

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-399945	DATE DE DEPOT <u>08/11/2019</u>
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>12986</u>	
Nom & Prénom <u>Ait Kech Kech Racham</u>			
Fonction : <u>Cadre</u>	Phones : <u>0660702188</u>		
Mail : <u>aitkechkech@royalairmaroc.ma</u>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Zyoud Ait Kech Kech</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>1 ans</u>	Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Sian Lee</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C2</u>	<u>1</u>	<u>255</u>	
PHARMACIE		Date <u>7/10/19</u>	
Montant de la facture			
<u>117,70</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. EL BENNA El Hassan
 54, Rue Souk el Résidence Sabah
 Maarif - Casablanca
 tél: 022.98.03.46 - GSM: 061.17.34.45

BARTAL FATIMA
 Pharmacie Acharaf
 Rue Souk el Maarif
 Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Dr. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 07-10-19

Ait Kech Kech Ziad

79, 2
- Tasectan Sachet P 4g
2 fois/j



21.2
- Cotrim Symp 6g
1c x 2/j



17.2
- Dolipediatrique
1den 14.5 / 6h

Mme BARTAL ETIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Dr. EL BENNA El Hassan
PEDIATRE
34, Rue Socrate Résidence Sabah
Maârif - Casablanca
Tél: 022.98.03.46 GSM: 061.11.34.42

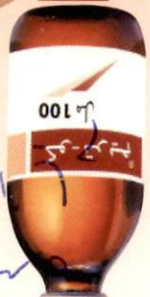
CO-TRIM®
Sulfaméthoxazole- Triméthoprim
100 ml

PPV 21DH20 EXP 05/2022
LOT 93011 3

کو-تریم

سلفا مٹھو کسانول - تری میٹھو پریم

لوی مزید معلق



100 مل
بجایہ

OLI®
PEDIATRIQUE
FIEVRE



Pipette Doseuse

SOLUTÉ BUVRABLE À 3 %
Arôme caramel

bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

Tasectan®
Poudre pour enfants

تاسکٹان
مسحوق للأطفال

20 SACHETS
250 mg

novintethical

SYNTHEMEDIC
72-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 79.00

17DH50
02/22
1353

