

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| ○ Réclamation | 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Declaration de Maladie

N° W19-465472

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12442 Société : RAVI

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jibur Hassan

Date de naissance : 28/10/84

Adresse :

Tél. : 0668907154 Total des frais engagés : 609,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SANHADI AMRANI Zoubaida
Spécialiste des Maladies
des Nourrissons et des Enfants
54, Asple Av. Oudja et Rue Ala Assadine 1ème Etg.
App. N°11, Agdal-Rabat-Tel : 05 37 68 63 47

Date de consultation : 28/10/2019

Nom et prénom du malade : Jibur Line Age : 29

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

Nature de la maladie : Laryngite

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) :

VOLET ADHERENT

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
28/10/2019	CC	1	10 Mr	INP : 10205/205 Dr. SANHAIT AMRANI, 20557 Spécialiste des Maladies des Nourrissons et des Enfants 54, Angle Av. Oqba et Rue Ala Asserdoune, Aïme Elg. App. N° 11, Agdal-Rabat-Tel : 05 37 69 63 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WARDIA Avenue Bir Kacem - Sidi El Hachem Rabat - Tel : 05 37 65 99 77 INP : 10205/205	28/10/19	509,70

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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

Tibar Lina

Rabat le 28.10.2019

58,40

1) Soluprel 420mg
1 cp et deux le soir pnt 7j

74,00

2) Affaid - p 250
1 dose 174p 3 fir pnt 7j

21,80

3) Bibly dex
210 3 fir pnt 7j d'ap nouvelle pnt 7j

2x45,30

4) Ventoline aéro
2 flacons 3 fir pnt 6j

12,80

5) Parlproa 300mg
une dose 174p 3 fir pnt 6j

509,70

Dr. SANHAJI AMRAN Zoubaida
Spécialiste des Maladies
des Nourrissons et des Enfants
54, Angle Avenue Oqba et Rue Ain Asserdoune, 4ème Etg.
Appt. N°12, Agdal - Rabat - Tél : 05 37 65 63 47

PHARMACIE WARDA
Avenue Bir Kacem - Souissi
Rabat - Tél : 05 37 65 99 77
INPE : 102057205



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Kouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



74,00

21,80

58,40

ER 2/21

Solupred[®] 20mg

21/02/2021 14:00
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH
74,00
21,80
58,40

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH
74,00
21,80
58,40