

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

- 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 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° W19-506005

MD 24553

AMPL

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3400* Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : *HSIYES ANDALOUSSI BRAHIM KHALIL*
 Date de naissance : *14 OCT 1960*
 Adresse : *7 RES ALMEHA LT RIAD EL ANDALOUSI*
CASA BLANCA
 Tél. : *0661181754* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhaq LAMMAT
Pédiatre
Ad Imm Nakhil Av Yacoub EL Mansour
Marrakech - Tél : 05 24 44 99 90
INPE : 071091967

11 MAR 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *HSIYES ABIZ* Age : *28.03.05*

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

Nature de la maladie : *Crise épileptique*

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 : *CASA BLANCA* Le : *10/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
30-12-19	ES		20084	Dr. Abdelhak LAMMAT Pédiatre A6 Imm Nakhil Av Yacoub EL Mansour Jueliz - Marrakech - Tél : 05 24 44 99 90 IMPE : 071091367

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

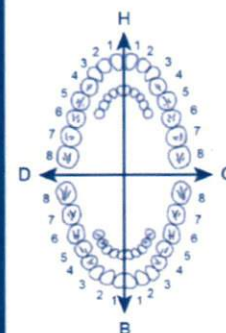
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

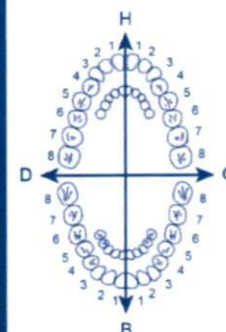
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelhaq LAMMAT

Pédiatre

Ancien pédiatre à l'unité de Néonatalogie
Maternité Ibn Tofaïl et à l'hôpital Razi



الدكتور عبد الحق اللماط

اختصاصي في طب الأطفال و الرضع

طبيب سابق بقسم الولادة مستشفى ابن طفيل
وبقسم الأطفال مستشفى الرازي

30 DEC. 2019

Marrakech, le

HJIBT AZIZ

Crise épileptique de durée
brève clinique chez
un adolescent de 15 ans
Pas antécédent particulier

E E G

Dr. Ham BELARBI
Neurologue
Av. Yacoub El Mansour - Résidence Ahlam Porte B
Guéliz - Marrakech - 30500 - Maroc
Tél: 05 24 43 77 08
1er Etage - N° 2 - Guéliz (à côté du Café Américain) - Marrakech

Dr. ALI EL LAMMAT
A6 Imm NAKHIL Av. Yacoub El Mansour Guéliz - Marrakech - 30500 - Maroc
INPE - 0710 4367
05 24 44 99 90

Dr SIHAM BELARBI.
