

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 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° W19-549789

**COURRIER
NSR**

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6417 Société : R.A.M 31346

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : MOUSLIM OTHMANE

Date de naissance : 22/10/1963

Adresse : habituelle

Tél. : 0662 461838 Total des frais engagés : 748,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 29 JUL 2020

Date de consultation : 25/07/2020

Nom et prénom du malade : ACCIEIL SIEGERAM

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 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 : 25/07/2020

Le : 25/07/2020

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-549789

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

MUPRAS

29 JUL 2020

Matricule : 6417

Nom de l'adhérent(e) : ACCIEIL SIEGERAM

Total des frais engagés : 748,6

Date de dépôt :

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
25/07/2022	...	1	250	INP : 09443861 Tél : 02 22 51 00 30 - Urgences : 06 66 48 66 69 Groupe d'odontologie OULFA - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARRA Quartier de l'Indépendance - 27 Avenue du 26 Mars 1963 Café El Alanyine - 23 Avenue du 26 Mars 1963 Tél : 05 22 00 00 00	25/07/2022	498,60

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.

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																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H		G																						
	25533412	21433552	00000000	00000000																					
	00000000	00000000	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd
Ex-Chef de service de Pédiatrie Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله
إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع
طبيب سابقا بمستشفى الأطفال ابن رشد
رئيس سابقا لقسم الأطفال بمستشفى الحسنى

Casablanca le : 25/07/2020

Mough Ines

-Tetraaim 1311,60

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Tetraxim inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH
E 118001 08072

-Vanvac 2 364,00

PHARMACIE CHOI
Boulevard Choufâ Km 2,5 Route d'Azer
Café ELALOUAINE Sidi Rahal
Tel : 05 22 96 93 85

VARIVAX®
poudre et solvant pour suspension injectable,
flacon unitdose (0,5ml après reconstitution) Boîte unitaire
P.P.V: 364.00 DH
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF
Distribué par MSD Maroc

6 118001 160686

498,60

Docteur Adil FATH ALLAH
Pédiatre
Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 65 C
OULFA - CASABLANCA
Tél.: 05 22 91 00 30 - Urgences : 06 66 48 76 67

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm, 65 GH 7 RDC - Oulfa - Casablanca (A côté du club de la RAM)

En face commissariat Firdaouss - Tél.: 0522.91.00.30 - GSM.: 0666.48.76.67