

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RAY

Actif Pensionné(e) Autre : R

Nom & Prénom : Sifedoline Abdallah

Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 Passage 4 Tissi II Benrechid

Tél. : 06 74 20 75 33 Total des frais engagés : 633,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04.10.2022

Nom et prénom du malade : Kelloum Smaïd Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DNI D

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : infarctus

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 Oct. 2022

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 : Benrechid Le : 04.10.2022

Signature de l'adhérent(e) : 7115



RELEVE 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
04/10/22	CA	1	150,00	DOCTEUR MICHAEL O'NEILL KENOUZI TEL: 052 38 45 42 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/22	183,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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.

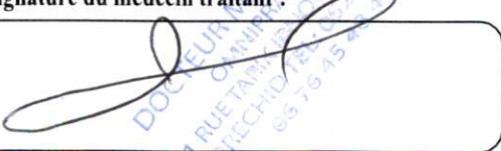
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000	G 35533411	B 00000000 11433553	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

M^o: 4115

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS	code : PR2FR04 Version : 01 Date : 24/05/2022
---	---	---

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : <i>Sifedidine Abdallah</i>		
Matricule : <i>7115</i>	N° CIN : <i>B537055</i>	
Adresse : <i>16 Passage 4 Tissin II Benchedid</i>		
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Spécialité :	
N° ICE : <i>00202778400001</i>	N° INPE : <i>061173340</i>	
Certifie que Mlle, Mme, M. :		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois	<input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <i>1/2</i> à vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
<i>DNIID</i> <i>inf al</i>	<i>HB ANC ; M, 80%</i>	
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitements prescrits :	<i>Dicamicor 60</i> <i>- Neoselan</i> <i>- Somecta</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : <i>Benchedid</i> le <i>04/10/2022</i>		
Cachet et signature du médecin traitant :		
 DOCTEUR OUAFI RUE TAHAR BEN JAMAL BENCHEDID 66-645834		

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

Me = 4115

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغف

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 04-10-2022
بريشيد، في

Kelloum Soud

3x ffd 0
1.) Tamim 60 SV

22/2022
13/02/2022

Mouna Nechah SV

15/2022

52,403) Smeda

15/2022

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

4) Toxic sub-

fig. 1

DOCTEUR
41 RUE TA
PERRECHI
65 76 45 83 23 06 61

34

SV

78,70

78,70

48,70

LOT : 3437
PER : 09-23
P.P.V : 116DH00

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

PPV-52DH40

1111111111

6 118000 011460

LOT: 0020

PFR: 02/25

PPC : 79,00 DH