

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

- Reclamation : 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

Déclaration de Maladie

N° W21-766573

DAOU Di ABDELHAKIM D.

1957

BLOC 04 N° 330 BENGHAZI

AGADIR 539,40 Dhs

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

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2785 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre : DAOU Di ABDELHAKIM D.

Nom & Prénom : DAOU Di ABDELHAKIM D.

Date de naissance : 1957

Adresse : BLOC 04 N° 330 BENGHAZI

Tél. : 06 64 197279 Total des frais engagés : 539,40 Dhs

Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISI

Cadre réservé au Médecin

Médecine Générale
Spécialiste en Médecine de Travail
- D. Echographie - D. Diabétologie
41, AV Abderrahim Bouskhal Agadir

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : DAOU Di ISMAÏL

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : DENTICULIS

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

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-766573

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

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

C. NINIA

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-766573

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

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
01/07/2022	Vaccination	1	200,00	INP : INPE-041002544 Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISI Médecine Générale Spécialiste en Médecine de Travail R. Entier N° 12 - 1000 Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2022	33.9.140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

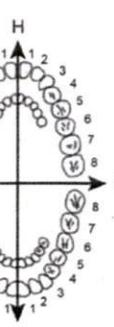
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : []													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []													
				MONTANTS DES SOINS []													
				DEBUT D'EXECUTION []													
				FIN D'EXECUTION []													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		D															
		00000000	00000000														
		35533411	11433553														
B																	
				MONTANTS DES SOINS []													
				DATE DU DEVIS []													
				DATE DE L'EXECUTION []													

LOT

P50+198.00DH

C159

2024-08

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV. 2021/01/20

49 140

49 140

phie
logie
de Travail

العمل

PPV: 42DH60
PER: 05/25
LOT: L1782

[11 OCT. 2022]

adir, le :

لادين في:

ISMAIL DAOU

42,6°

1-

Mobic 2,5



49,4° x 2

2-

Colloidal



98,0°

Nociceptol



Norm. 60ml



Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISI
Médecine Générale
Spécialiste en Médecine de Travail
- D. Echographie - D. Diabétologie
41. Av. Abderrahim Bouabid Agadir
Tél: 05 28 21 01 92