

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0044283

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0044283

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :

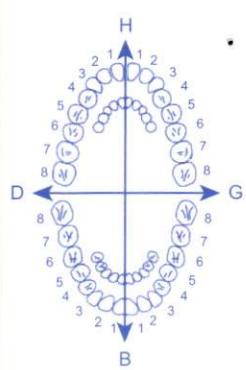
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

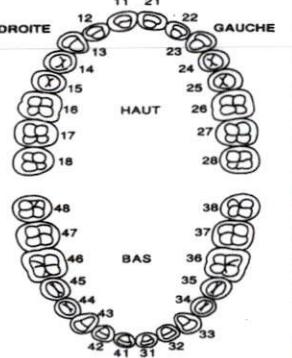
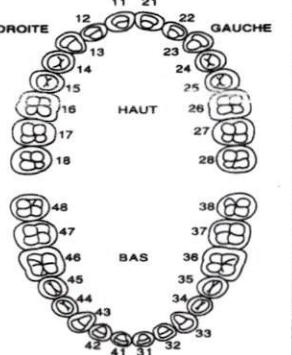
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>				
	D	H	G	<table border="1"> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553
25533412 00000000	21433552 00000000							
00000000 35533411	00000000 11433553							
Vise et cachet de praticien attestant le devis	Vise et cachet de praticien attestant l'exécution							

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

P 17 / 050326

DATE DE DEPOT
23 / 11 / 2022

par
courrier

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135	
Nom & Prénom... <u>MOHAMMED R GUIEGU</u>			
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0538501309</u>		
Mail <u>Hay EL AYAN ALLOUS Bd Med EL BOUHLALI P: 82 aig.</u>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Elmrabti Yamine</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>19M</u>
Nature de la maladie		<u>NCB</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>Es</u>		<u>110,00</u>	
PHARMACIE	Date <u>31.10.2022</u>		
Montant de la facture <u>380,00</u>			
 082005455			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients <u>2135</u>		Montant détaillé des Honoraires <u>110,00</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

عيادة جراحة العظام و المفاصل

CABINET DE CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE

Docteur Nassiri Ahmed

SPECIALISTE EN CHIRURGIE

Orthopédique & Traumatologique

Diplômé de REIMS (FRANCE)

Chirurgie Ostéo - Articulaire (Adulte - Enfant)

Chirurgie de la main

Traumatologie du sport (PARIS)

Maîtrise d'Anatomie & Organogenèse



الدكتور ناصري احمد

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بربينس (فرنسا)

جراحة الكسر

جراحة اليد الرجل والروماتيزم

دبلوم الطب الرياضي (باريس)

شهادة التشريح و علم تكوين الأعضاء

Oujda, le 31/10/22 وحدة في

Regu

Consultation : 1000Dhs

By Rochis : 1000Dhs
Cervical

Compte rendu Ro Rochis cervical
Centroarth

Docteur NASSIRI Ahmed

Chirurgien

TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIQUE

Tel. 05 36 69 01 01 - OUJDA

عيادة جراحة العظام و المفاصل

CABINET DE CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE

Docteur Nassiri Ahmed

SPECIALISTE EN CHIRURGIE

Orthopédique & Traumatologique

Diplômé de REIMS (FRANCE)

Chirurgie Ostéo - Articulaire (Adulte - Enfant)

Chirurgie de la main

Traumatologie du sport (PARIS)

Maîtrise d'Anatomie & Organogenèse



الدكتور ناصري احمد

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب برينس (فرنسا)

جراحة و علاج الكسر

جراحة اليد الرجل والروماتيزم

دبلوم الطب الرياضي (باريس)

شهادة التشريح و علم تكوين الأعضاء

Oujda, le 31/10/12 وجدة، في

Dr. Lammabti

Grenier

SV

SV

SV

SV

SV

82,20 + 2 =

9

Condylus (2 bres)

90,-

2

Mycophle gel 1app 23

288,-

3

Vitamine Fort 1cp 35

149,-

4

Flexane gelée 1gélle 25

209,-

5

Mihervé Souple 15

Pharmacie AL HIDAYA
Mme-Naima BENLAÏD
Docteur - pharmacie
1, Rue Saâdi - Neu Addous
Tél. : 06 20 08 68 02 - OUJDA
Fax : 06 20 08 455

Dr. Nassiri Ahmed
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Docteur Nassiri Ahmed



28,20
P V 02DH20
PER 17/24
LOT L237

PPV:22DH20
PER:04/24
LOT:L1605

PPV 28,80
LOT
PER

PPV 28,80
LOT
PER

LOT:2206012
FAB:06/2022
EXP:06/2025
PVC:149.00DH



6 111261 530022

LOT:03/22
EXP:07/2025
PPC:59,00DH