

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8135 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Mohamed BOUZAACHANE
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 130622 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 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) :

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 caractère personnel.

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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

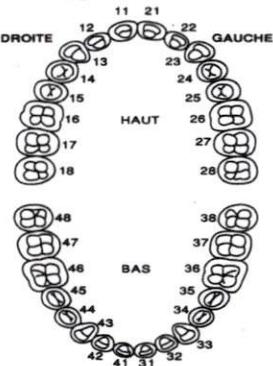
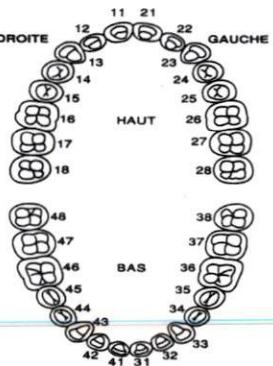
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<				

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 canalaire, 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"/>														
																			
DROITE	11 21 22 23 24 25 26 27 28																		
HAUT	12 13 14 15 16 17 18																		
BAS	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33																		
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"/>															
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DROITE</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 40%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">G</td> <td style="width: 40%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DROITE	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	HAUT		00000000		00000000	BAS		35533411		11433553
DROITE	H	25533412 00000000	G		21433552 00000000														
HAUT		00000000			00000000														
BAS		35533411			11433553														
Vise et sacrement du praticien	Vise et sacrement du patient																		
Attestant l'exécution																			

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17/0050329	
Date de Dépôt		Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
23.2.23		300 Dhs	(01)
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

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

P 17/ 050329

DATE DE DEPOT

23.02.2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135	 <i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom <i>Mohammed RGUEGU. Mad</i>			
Fonction <i>Retraite</i>	Phones <i>0536507309</i>		
Mail <i>HAY EL AYAN LOUS Bd. M. El BOUTIHLAL F. 82 009</i>			
MEDECIN		Prénom du patient <i>LARABTI YAMINA</i>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>1956</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>cataracte oœil à opérer</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
			<i>300 Dhs</i>
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr Abdelghani BENKHALTI
OPHTALMOLOGISTE
Chirurgie Oculaire et Orbito
Palpétrale, Angiographie - Laser -OCT
Topographie cornéenne
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Al Farabi - Oujda
Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد الغني بنخالتي
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
جراحة العين و الجفن
جراحة المساكن الدمعية
فحص شبكة العين بالأشعة - لازير
خريج كلية الطب بالرباط
رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى
الفارابي سابقا بوجدة
طبيب محلق لدى المحاكم

Oujda, le وحدة. في

21/02/2023

FACTURE

Facture de paiement de **M^{me} LAMRABTI
YAMINA** pour une consultation simple
montant : **300DH**

(ICE : 001847680000031)

*Dr Abdelghani BENKHALTI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Mohamed Deroufi, Imm. Belhousseine, 1^{er} Etage - OUJDA
Tél. : 05 36 68 62 07*