

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 :

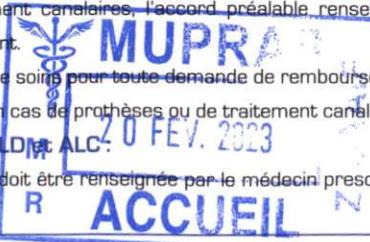
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement cancéreux, 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 cancéreux.

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.

M22- 0050463

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	429	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Ben Haycine Tounia Yacine Benabdellah	
Date de naissance :		N/A	
Adresse :		N/A	
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :	Tounia		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant

Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 M22-0050463

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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1-8 on top, 1-8 on bottom) arranged in a loop. A coordinate system is overlaid with points H (top), G (right), D (left), and B (bottom). The numbers 1 through 8 are distributed across the arch, with some teeth having multiple numbers (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

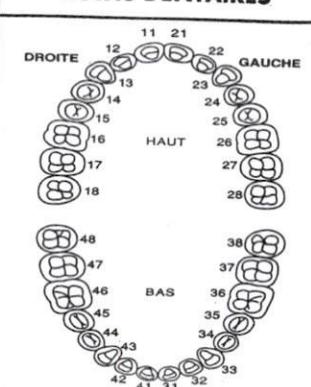
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

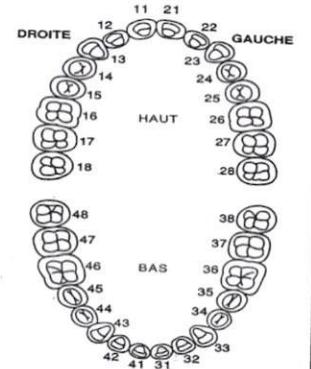
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21 12 22 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	23 22 24 25 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32 31 30 31 32 33
HAUT	25 26 27 28	BAS	35 36 37 38 39 34 40 33 41 32 42 31 43 30 44 29 45 28 46 27 47 26 48 25

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

P 14 / 0015426

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

Date de Dépôt

Montant engagé -

Nbre de pièces Jointes

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

Mme

**Cachet
MUPRAS**

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

P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 429

Nom & Prénom : BEN HABYOUN Tounia

Fonction : Phones :

Mail :

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age :

Nature de la maladie : Diabète

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

CS

250,00

Dr EL GELGI Dr Med Najib
Endocrinologue et Diabetologue
31, Bd Zouktouni Marrakech
0524 44 60 00

PHARMACIE Date : 26/12/22

Montant de la facture : 11.610

PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme HASSAGHA
N° 100 AV. Palestine - Marrakech
Tél 05 24 30 28 78

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
--------	---------------------------------

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

CACHET

الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

أمراض الغدد الهرمونية



25DH10

91DH

LOGIE
LOGIE
BOLIQUES
Médecine de Nice

31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش
31, Bd Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech
الهاتف : 05 24 44 96 00
 البريد الإلكتروني : nguermai@hotmail.com

Marrakech, le : 20 DEC. 2012

Mme BENHAYOUN Touria

R 641

25,10

- IPRADIA 1000



1 cp matin et soir
Au milieu des repas

91,00

- STATICOL 20



1 cp le soir

16,10

asp 3 mois

صيالية المصعدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBAGH A.
N° 100 AV. Palestine - Marrakech
Tel. 05 24 30 28 78

Dr ELGUERMAI Med
Endocrinologue - Dir
31, Bd Zerkouni - 44 960 Marrakech
0524 44 96 00

Prière de téléphoner au secrétariat avant tout passage au cabinet.