

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-769058

156232

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11661

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : 1

Nom & Prénom : HASSINE ARAF

Date de naissance : 09/08/72

Adresse : 14, Lot Poupillon, Dan Boudazza, Casablanca

Tél. : 0662512207

Total des frais engagés : 175.00

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 :

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 l'absence de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 04/23

[illegible][illegible][illegible]

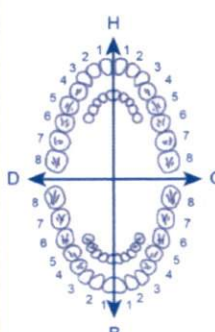
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partenaire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VITALIA MEDICAL Ventes en Magasin 36 Rue des Hôpitaux - Casablanca Tel: 0522 47 58 78 - Fax: 0522 47 58 79	03/04/23					175,00

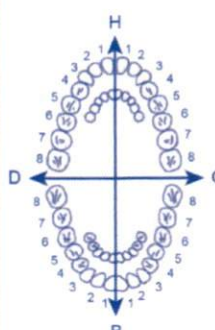
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>11433553</td> </tr> </table> </div> </div> <div style="text-align: center;"> B </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000									
	35533411									
	00000000									
	11433553									
	<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>									
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>							
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

F A C T U R E

HASSINE AFAF

Facture N° :263
Date.....:03/04/2023

Tél:
LH:09:15:47 Code: 4821J

PRODUIT	QTE	UNG	REM.	TV	PRIX TTC	MONTANT TTC
ACCU CHEK INSTANT 50 BAND	1			20	175.00	175.00
TOTAL..TTC.....:						175.00

DONT TVA:	7 %:	0.00
DONT TVA:	20 %:	29.17

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
CENT SOIXANTE- QUINZE Dirhams 00 Centimes

Tél : 0522 47 58 76 / Fax : 0522 43 09 90 / E

Siège : 36, Rue des hôpi

R.C : 275353 - T.P : 36335775 - I.F : 14410225

www.vitaliamed.it

08061165061A-0521

www.accu-chek.com
Made in U.S.A.

Roché Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany

2

IVD

 4 °C / 30 °C
 CE 0123

4 015630 066933

REF 07819382056

Roché

ÖLÇÜM ÇUBUĞU
Kan şekeri ölçümünü içindir
Aşağıdaki ölçüm
cihazları için:
Accu-Chek® Instant
Accu-Chek® Instant S

ACCU-CHEK®
Instant
07819382

07819382