

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1098 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Dr ANI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 71 42 67 70 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 :

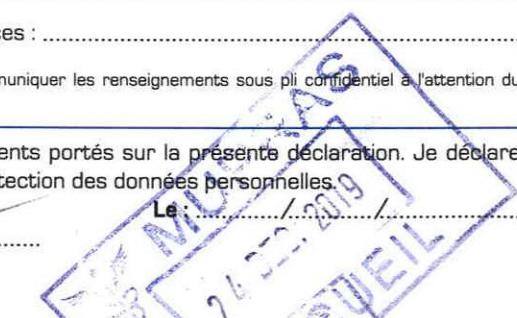
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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] :



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

VOLET ADHERENT	NOM : DIANI Mohamed	Mle 1098
DECLARATION N°	W18-383458	
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		

MUPRAS		W18-383458	DATE DE DEPOT
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle			
Nom & Prénom DIANI Mohamed Fonction Retraite Phones 067146770 Mail			
MEDECIN Prénom du patient Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Date 26.10.19 Nature de la maladie Affection dermatologique Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires Cs 5 300 dh			
PHARMACIE Date Montant de la facture Pharmacie Naima 1006,00 INP: 92044569			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV			

دیبروزون® 0,05% کریم

بیتامیتازون
لابدهن

LOT: 110
PER: AUT 2022
PPV: 32 DH 50



منيجي

لشعر
بة

84,20

Casablanca, le

26 OCT. 2019

بضائع في

Pharmacie Naima
INP: 92044569

Tr Diari: ۷۵

239,00
1-

La au gel sur la peau
dès le matin

84,20

84,20
2

Demandez à votre
docteur ou infirmier
de vous prescrire

06 semaines
généralement
échancrée

32,50
2

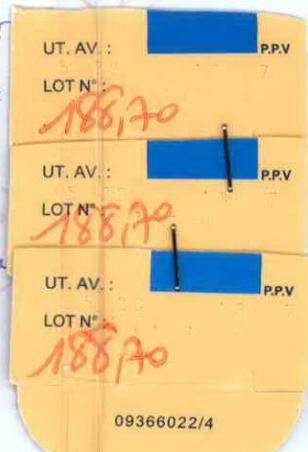
Dijous 20 (vivo)

Oral 15.
Menthol 15.
Menthol 15.

188,70 x 3

Diflucan
150 mg

1006,00



Dr. KHALIL LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casablanca Tel: 0522 90 04 17

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
زاوية شارع سيدى عبد الرحيم وشارع عبد الهادى بوطالب، الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدارالبيضاء
هاتف العيادة التلفاكس: 05 22 89 19 35 - تلفون: 05 22 90 04 17
E-mail: cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet: 06 69 88 00 95