

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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-554305

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	<input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : 10654 Société : 33825	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : MO RY Abdellah	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. : 0664723260 Total des frais engagés : 2664723260	
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 21 JUIL 2020	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : M. MO RY Age : 11 ans	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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 :	
Signature de l'adhérent(e) :	
	

Le : **21/07/2020**

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
.....	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

~~1~~ EAST JUM W

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

ACTIVITIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

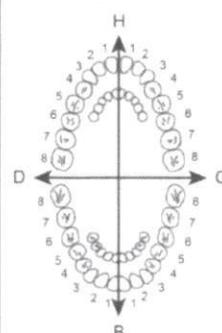
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

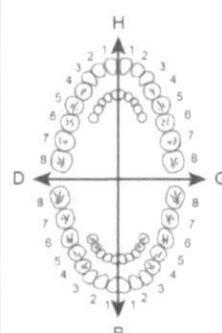
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		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

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'ODR.

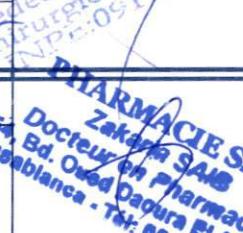
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 13 14 23 24 15 16 HAUT 17 18 25 26 19 20 27 28 29 30 31 32 BAS 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48					<input type="text"/>
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 13 14 23 24 15 16 HAUT 17 18 25 26 19 20 27 28 29 30 31 32 BAS 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48					Montant des soins <input type="text"/>
					Début d'exécution <input type="text"/>
					Fin d'exécution <input type="text"/>
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 13 14 23 24 15 16 HAUT 17 18 25 26 19 20 27 28 29 30 31 32 BAS 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48					Coefficient des travaux <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins <input type="text"/>
		H	25533412 00000000	21433552 00000000	Date du devis <input type="text"/>
		D	00000000 35533411	00000000 11433553	Fin de <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, C'est thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM :			Mle
DECLARATION N°		W18-397593			
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					



W18-397593

DATE DE DEPOT

24.1.0.7.120 Rev

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10654	
Nom & Prénom	Nory Abdelkader		
Fonction :	Phones	2664723265	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		NORY NADA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age 20 ans			Date 25/06/2020
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
Dermato se chronique			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
cr	1	Gros	
PHARMACIE	Date 27/06/2020		
Montant de la facture	158.70		
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



Mohammedia le

25/06/2020OrdonnanceNom Prénom : ENERY NADA
Numéro AMPF : _____LOT : 0080
EXP : JAN 2022
PPV : 40,40 DH

① Ure de la Verte de Biocan
par voie.

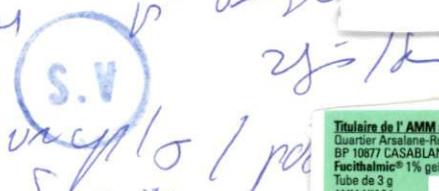


SAIB
Docteur en Pharmacie
154, Bd. Oued Daoura El Azhari I:
Casablanca - Tel: 06 22 91 16 54

② Rizikar Boni PP +
40,40.
25/06/2020 / 2023/06/2023



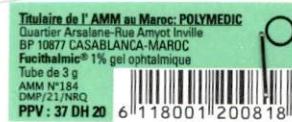
③ Santexin S.V
par voie / 25/06/2023
100 ml / 25/06/2023
53,00



④ Hystanox

Dr. MERZOUG Laila
10, rue El Koutoubly, Hay F: Hana Casablanca
E-mail: empf@amf.org.ma - Site web : www.amf.org.ma
Chirurgien Dentiste
INPE: 09/06/2014
Tél: 0522 36 09 14

⑤ Venmed 100 ml
25/06/2023 / 25/06/2023



37,20

⑤ Fuci thalamic
10ml / 5mg. Yell a



⑥ stc. Hid. op. h.

Hg. si / 5grs
papier

10 ml vial x 10

28/10/05

158,70

Dr. MERZOUG Lamine
Dermatologue
Médecine Esthétique
Chirurgie de La Peau

PHARMACIE SAIB
Zakaria SAIB
Docteur en pharmacie
154, Bd Oued Daoura El Azhari II
Casablanca - TAI: 0522 91 16 54