

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-523426

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7283 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : E. MRABET OUSSAM O.
 Date de naissance : 18/03/1969
 Adresse : NR 96 rue Iraq Dan Boudjoudj
 Tél. : 0662 176 732 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MRABET OUSSAM O. Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : CCP 4/4
 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 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

RELEVÉ 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
	C		2000	INP : 09/09/2009 60. طوبى مولى التماسي اقرب مستشاري مازولا - الاحمدي اعانف . 70 90 88 00 83 76 ... 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/08/2020	3260

[illegible][illegible]

RELEVÉ 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'O.D.F.																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 																						
				MONTANTS DES SOINS 																						
				DEBUT D'EXECUTION 																						
				FIN D'EXECUTION 																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
H		H																								
25533412		21433552																								
00000000		00000000																								
D		G																								
00000000		00000000																								
35533411		11433553																								
B																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 																						
				DATE DU DEVIS 																						
					DATE DE L'EXECUTION 																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Expert près les Tribunaux

الطبيب محلف

خبر لى المحاكم

Casablanca, le : 24.08.2020 الدار البيضاء، في

PPV:

99DH40

Lot n°:

EXP:

19C076/2
11/2021

Секундо

 g, u

1982/7

Diego 50

2.
32, 40

19. 12/1

32, 40

PPV: 82DH10

PPV: 82DH10

3 Recipe to
80.10

$$\begin{array}{r} 82,10 \\ \times 2 \\ \hline 164,20 \end{array}$$
$$1 \text{ y } \kappa \tau / T$$

6728

④ ~~4~~ No dolفن ۱۰۰

30, 0 =

1 yr 2/2

326,00

60، طريق ميلاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا. الحي الحسني. الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drqzsa@gmail.com