

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-506497

ND: 49164

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8192

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

EDMEKHALI

ATMEB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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.

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-506497

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/11/2010					150,00

expert optique
ABI NOUREDDINE
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
138 2 - Mar - 3 Affaq - Témara
Tel & Fax : 0537 64 61 60
expertoptique@gmail.com

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

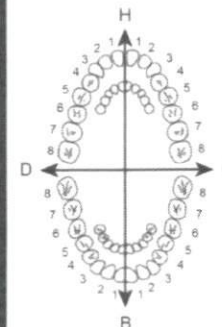
SOINS DENTAIRES

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

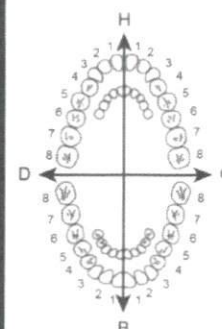
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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 OPTIQUE

FACTURE N° F00452

Date : 24/11/2020

EXPERT OPTIQUE



1382 MAG 3 WIFAK TEMARA 12000

EXPERTOPTIQUE@GMAIL.COM

Téléphone : 0537646160

CLIENT : EDDEKKAKI AHMED

Correction : ODG +2.50

Référence	Description	MONTANT TTC
P0005	VERRE DROIT ORGANIQUE ANTI-REFLET	125.00
P0006	VERRE GAUCHE ORGANIQUE ANTI-REFLET	125.00

Échéance :

TOTAL EN DH TTC

250.00 MAD

DONT TVA

41.67 MAD

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

deux cent cinquante

DIRHAMS TTC

ICE: 001552275000044; PATENTE 26933594; RC 102578/RABAT; IF: 40491016

expert OPTIQUE
BINOUREDDINE
OPTIQUE - OPTOMETRISTE
1382 Mag. 3 Wifak - Temara
Tel & Fax : 0537 64 61 60
expertoptique@gmail.com

OFFICIAL NEW YORK STATE PRESCRIPTION



Ophthalmology and Cornea of Broo

Abraham K. Sleem, MD

244 86th St
Brooklyn, NY 11209

NPI # 1508021494

Tel: (718) 238-3438

Fax: (888) 680-5857

NAME: Eddekkaki, Ahmed

DOB: 2/6/1960

RX DATE: 10/15/2020

R

Spectacles

EXPIRES: 1 year

Sphere Cylinder Axis ADD

OD +2.50

Prism ? Base 360 Prism Type

OS +2.50

expert OPTIQUE
ABI NOUREDDINE
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
138 2^e Mag. 3 Wifag - Temara
Tel & Fax : 0537 64 61 60
expertoptique@gmail.com

Remarks

Readers

Control # 39865

Prevent medication errors. Please see back of prescription.
Electronically Generated Signature

075YKY 51



LEP Preferred Language

Pharmacist
Test Area

Dispense as Written












SECURE DOCUMENT



Standard Register

Prescribers—prevent medical errors!
Complete box below for treatment
category.
Questions, please call the NYS
Official Prescription
Program at 866-811-7957 (Option 2)

	Cardiovascular	
	Gastrointestinal	
	Antibiotic/ Anti-Infective	
	Pain/ Inflammation	
	Cough/Cold	
	Respiratory	
	Central Nervous System	
	Genital/ Urology	
	Endocrine	
	Other	

SECURE DOCUMENT



OFFICIAL NEW YORK STATE PRESCRIPTION**Ophthalmology and Cornea of Broo**

Abraham K. Sleem, MD

244 86th St
Brooklyn, NY 11209

NPI # 1508021494

Tel: (718) 238-3438

Fax: (888) 680-5857

NAME: Eddekkaki, Ahmed**DOB:** 2/6/1960**RX DATE:** 10/15/2020**R****Spectacles****EXPIRES:** 1 year**Sphere Cylinder Axis ADD****OD** +2.50**Prism ? Base 360 Prism Type****OS** +2.50**Remarks**

Readers

Control # 39864

Prevent medication errors. Please see back of prescription.

Electronically Generated Signature



LEP Preferred Language

Pharmacist
Test Area

Dispense as Written

075YKY 50

00038405










SECURE DOCUMENT



Standard Register

Prescribers—prevent medical errors!
Complete box below for treatment category.

Questions, please call the NYS
Official Prescription
Program at 866-811-7957 (Option 2)

	Cardiovascular	
	Gastrointestinal	
	Antibiotic/ Anti-Infective	
	Pain/ Inflammation	
	Cough/Cold	
	Respiratory	
	Central Nervous System	
	Genital/ Urology	
	Endocrine	
	Other	

SECURE DOCUMENT

