

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 5 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



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

7182

N° W19-573988

A Scanet EA A
Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2459

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Eloujane, 17

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699771676

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

ADULTE ABLE

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

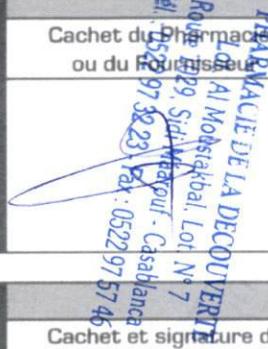
Signature de l'adhérent(e) :



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 : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Réalisateur	Date	Montant de la Facture
	07/01/2021	42242

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

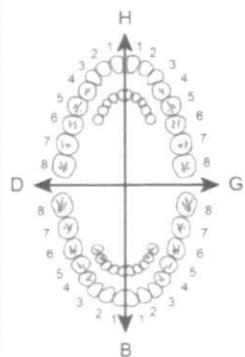
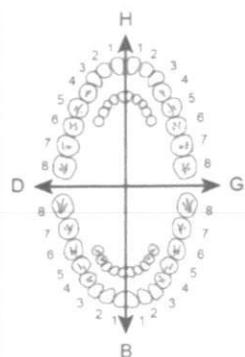
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et le montant.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœf									
												
												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES												
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	00000000	11433553										
(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'EXE



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE

LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242
Banque:BMCI 0137800110401384100187
Tél :0522973223

Le 27/04/2021

FACTURE N°904707

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	CODOLIPRANE 16 CPS	22,20	44,40	2,90	7,00

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustakbal. Lot. N° 7
Route 1029 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522973223 - Fax : 0522975746

TOTAL T.T.C : **44,40**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	44,40	Montant :	2,90	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Quatre Dirhams et 40 centimes.