

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-663594

91219

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1096

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CERFAOU, Abdellah

Date de naissance :

Adresse : 8 Rue de Fès - Mohammedia

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint



08 NOV. 2021

MUPRAS

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 joindre 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 soins <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
	Gauche				
	Haut				
	Bas				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
	Gauche	H	25533412 00000000 00000000 D 35533411	21433552 00000000 00000000 G 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
DENTISTE : _____ ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : _____					
VOLET ADHERENT : NOM : _____		Mme			
DECLARATION N° : W18-340395					
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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-340395

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom

Fonction : Phones :

Mail

MEDECIN Prénom du patient **Z.Z.Z.Z.Z.Z.Z.Z.** **Abend**

Adhérent Conjoint Enfant Age Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

Troubles de l'humeur

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Co</i>	<i>1</i>	<i>300.00</i>

PHARMACIE Date **25/10/2021**

Montant de la facture

287.70

HARMAZIE IBN YASSINE
A. BOUTALEB Pharmaciens
Rue de Fes - Mohammedia
tel : 05 23 32 34 60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables

CILENTRA®10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA®10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



Dr Ahmed Farid MERINI

Psychiatre

Psychothérapie - Psychanalyse
pour Adultes, Enfants et Adolescents
CES de Psychiatrie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice
D.E.A de Psychopathologie
Ancien Médecin Interne Titulaire
des Hôpitaux de Nice

الدكتور أحمد فريد لمريني

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعقلية والتحليل النفسي للكبار والأطفال

خريج جامعة نيس بفرنسا

طبيب سابق ملحق

بمستشفيات نيس

Sur rendez-vous

بالموعد

Rabat, le : 25/05/22 الرباط، في:

PHARMACIE A. BOUTATEB IBN YASSINE
Rue de Fes - Mohammadia
Tél : 05 23 32 34 60

8464

Zerrouk Al Seoudi.

126,00 x 2
- silent sur les my SV
112 g mathe + 3 j.
Puis 112 g mathe + 2 mes.

35,70

- Algoryg = 15 SV
- 114 g mathe erri
287,70 + 1 mes.
- Puis 114 g le 21/05/22