

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

- Reclamation : 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° W19-537288

MUPRAS
RECEPTION

Optique

Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7672

Société : RETRAITE

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HADIK ABDERRAHMAN

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : 300 LOT EL WAFIA H DEROUA

Tél. : 0673985681

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2022

Nom et prénom du malade : ZINEDDINE - LEONAH

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : E991 + se

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) :

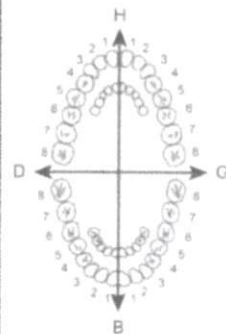


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

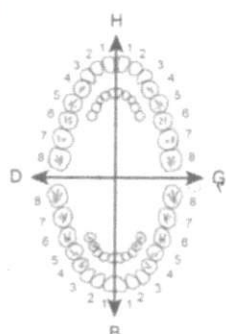
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL OUMOUA</p> <p>244 lotissement el wafaa</p> <p>Djeroua</p> <p>Fix : 05.22.53.20.54</p>	10/11/22	341 07

[illegible][illegible]

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



		H	
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	G
	35533411	11433553	
		B	

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

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatiha BITI

MEDECINE GENERALE

DIPLOME DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE POITIERS FRANCE

DIPLOMEE EN ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINALE ET GYNECO-OBSTETRICALE
DE L'UNIVERSITE DE PARIS

DIPLOMEE EN PATHOLOGIE INFECTUEUSE
PEDIATRIQUE DE L'UNIVERSITE DE TOURS

ANCIENNE ASSISTANTE DES HOPITAUX
DE PARIS

الدكتورة فتيحة بيتي

الطب العام

خريجة كلية الطب بيواتي (فرنسا)

ناثرة على دبلوم الفحص بالصدى

للبدن وامراض النساء والتوليد

من جامعة باريس

حائزة على دبلوم الأمراض التعفنفة

للأطفال من جامعة تور

طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

Deroua, le : 10/07/2029 في الدروة.

ZING DING - LIDRISH LAFIHA

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

18.70
15.30

15.30

34.00

34.00

COOPER PHARMA

PPV: 18,70 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. **Vita C 1000®**

PPV 15DH:0

EXP 09/2024

LOT 19036 3

ملوكا