

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

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 : adhésion@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.

N° W21-677137

couleur

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7003 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : ND 2020

Nom & Prénom : KTIRI JEDOUD

Date de naissance : 14-09-57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661373313 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : KTIRI MINA

Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DIABETE

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 : SALÉ

Signature de l'adhérent(e) : KTIRI

Le : 01/03/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G		
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
D	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENLARBI DELAÏ Bouchra

Spécialiste

En Endocrinologie - Maladies Métaboliques - Nutrition
Diabète - Cholestérol - Obésité
Lipolaser - Cryolipolyse - Radio Fréquence

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

الدكتورة بن العربي الدلائي بشرى

إختصاصية

في أمراض الغدد والتغذية

مرض السكري - الكوليستيول - السمنة

خريجة كلية الطب بتولوز

Rabat, le في الرباط.

28 FFV. 2022

Dr. Bouchra

Galvesmet 182

.....

Dr. Bouchra

Dr. BENLARBI DELAÏ Amar Bouchra
Endocrinologue Diabetologue
N. :
Tel. : 05 37 72 21 86
GSM : 07 62 72 87 84
INP : 1012229071

Dr. BENLARBI DELAÏ Amar Bouchra
Endocrinologue Diabetologue
N. :
Tel. : 05 37 72 21 86
GSM : 07 62 72 87 84
INP : 1012229071



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

MAP
7008

28 02 2022

Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. BENLAFAI et Dr. Amar Bouchra
Endocrinologue et Diabétologue
Nu: 0522-91-23-36
Tel: 0522-91-23-36
GSM: 0782-72-87-84
INP: 101023901

Certifie que Mlle, Mme, M : K. bouchra

Présente

D.T.Z.

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Maladie et 50/85

25/304

Dont ci-joint l'ordonnance:

Dr. BENLAFAI et Dr. Amar Bouchra
Endocrinologue et Diabétologue
Nu: 0522-91-23-36
Tel: 0522-91-23-36
GSM: 0782-72-87-84
INP: 101023901

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SEIGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com