

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com
Demande en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Étage 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° M21- 080092

106372

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

par courrier

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3188

Société : RAT

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : AZENNOUD MOHAMED

Date de naissance : 21/01/51

Adresse : ZAHBAT AMAL 2 n°23 APP 2

ZOUAGHA FES

Tél. 0762098750

Total des frais engagés : 326,8094

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHEMLAL RABIA
Spécialiste en Médecine
de Sport

Date de consultation : 02/03/22

Nom et prénom du malade : N°1 AZENNOUD

Age : 71

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A

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 : FES

Le : 2/3/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية زواغة Dr. MEZZOUR AMAL طريق بنسودة زواغة - فاس Rte Bensouda Zouagha - FES 05 35 60 14 75 - INPE 142058650	02/03/2022	376,80 dh

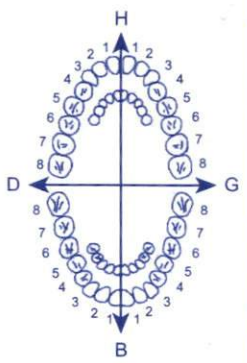
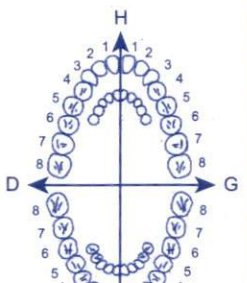
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

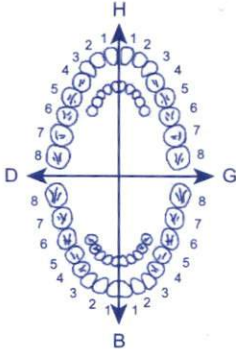
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 11 piers numbered 1 through 11 from left to right. The piers are arranged in a semi-circle. The bridge is labeled with 'H' at the top center, 'G' at the right end, and 'D' at the left end. The piers are numbered 1 through 11 from left to right. The piers are arranged in a semi-circle. The bridge is labeled with 'H' at the top center, 'G' at the right end, and 'D' at the left end.

DATE DU
DEVIS

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3276-2

Le: 4/3/22

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3276-2

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3276-2

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3276-2

ORDONNANCE

84,80 x 4 = 339,20

A Spécialiste en Médecine de Sport



- Prezan 500

1/1

37160

- Dime salic

Pharmacie Zouagha
Dr. MEZZOUR AMAL
طريق بنسودة زواغة - فاس
05 35 60 14 75 - INPE 142058650

صيدلية زواغة
PHARMACIE ZOUAGHA
Dr. MEZZOUR AMAL
طريق بنسودة زواغة - فاس
05.35.60.14.75

LOT: 708
PER: JUN 2024
PPV: 37 DH 60

376,80

