

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1666 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DBALI MED

Date de naissance : 19.6.9

Adresse : Blac Q N° 11 Deroua

Tél. : 06.71.87.12.00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :



Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

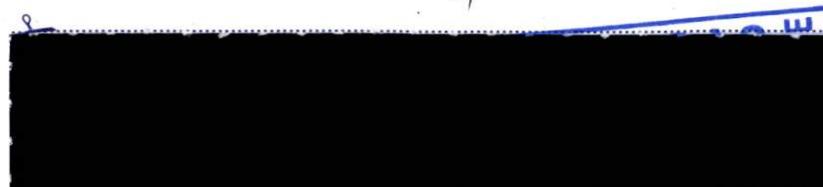
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Deroua Le : 27/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : J



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir 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										
 DROITE GAUCHE HAUT BAS					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire												
 DROITE GAUCHE HAUT BAS		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> <td></td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				D	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000		00000000 35533411	00000000 11433553	
D	H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000													
00000000 35533411	00000000 11433553													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0053855		
Date de Dépot	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		
Cachet MUPRAS		



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

P 14 / 0053855

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1h 66	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom DBALI MSA			
Fonction	Phones 06 71 87 1200		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Dbali mohamed 21 AVR. 2022		
<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Affection dentaire</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes C2		Nbre de Coefficient 001 Montant détaillé des honoraires 300,00	
PHARMACIE	Date 21/04/2022		
Montant de la facture $T = 99.00$			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			

Dr. Soumaya OUEBBI et
 OP. DR. HASSANI
 Rue Okba Ibn Nafaa
 Tél: 0522 32 48 47

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. SABER BELLOUNI
 Imm. 34, Lot NAIT N'DEROUA
 Tél: 05 22 51 47 07

INPE: 06 20748

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le
21/04/2022

Mr. DBALI Mohamed

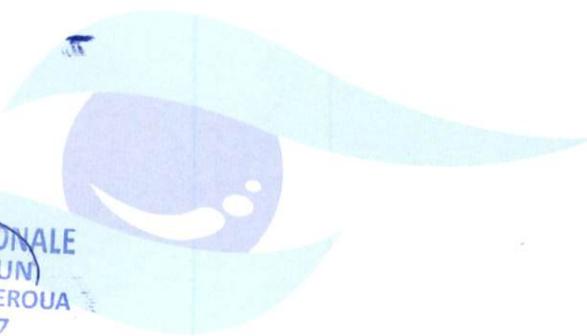
99.00

1/ HYE:COLLYRE



1 goutte 3 fois/jr, les deux yeux

T = 99.00



LA PHARMACE REGIONALE

Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAÏF N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

INPE: 06 20 74 810

PPC 99,00 DH



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii, 1er étage - Berrechid
Tél: 05 22 32 48 47