

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise 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 caractére personnel.



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

121399 N° W21-708224

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Aut.
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8095		Société : RAT	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		SAYAR H RACHID	
Nom & Prénom : 14/10/31/1962			
Date de naissance : Lot Sofia 1 Rue Hassane M 7 Hay El Haouz		Adresse : Ca de la 12 n° 2	
Tél. : 0661083525		Total des frais engagés : 585 Dh	

Cadre réservé au Médecin

MLD

Cachet du médecin :

Date de consultation : **REBOUREMENT 100%**

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 : **La Rabta**

Le : **06/06/2022**

Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS | Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur

RELEVE 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 DAR NAJME Sofia NAJME Lot. Sofia 2 Rue Hassane N. Hay El Hana - Casablanca Tél : 022.95.15.37</p>	29/06/22	585100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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'IC.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
0	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged in a pattern: the top row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the second row has 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; the third row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; and the bottom row has 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The grid is centered around a vertical axis with a large 'H' symbol at the top. The grid is bounded by a black crosshair with arrows at the corners, labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The bottom right corner of the grid is labeled 'B'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صیدلية دار نجم

Pharmacie DAR NAJME

نجم صوفية
NAJME Sofia
Docteur en Pharmacie

Le : 29/06/22

Article Patente N° : 34813150 –
RC N°: 304592-
Sofia 2 Rue Hassane N°7 Hay El Hana
Tél : 022.95.15.37 – Casablanca
ICE : 000498320000036

FACTURE N°

~~PHARMACIE DAR NAJME
Sofia NAJME
Lot Sofia 2 Rue Hassane N° 1
Hay El Hana Casablanca
Tel : 022.95.15.37~~