

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0036240

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0006304 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI ABDELJALIL

Date de naissance : 01.04.1954

Adresse : LISSAFA LOT EL KOUZAMAFA NG5

Tél. : 07.11194969 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue de Lissasfa Extension - CASABLANCA Tel: 05 22 93 42	24.08.22	39,00

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

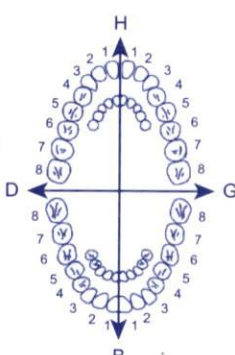
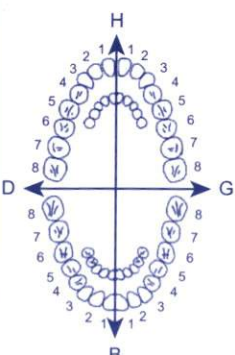
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

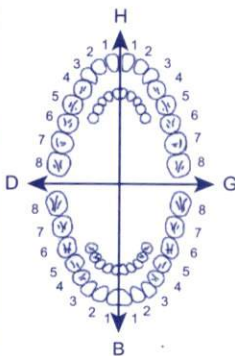
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE		CØEFFICIENT DES TRAVAUX												
The diagram shows a top-down view of a dental arch. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline. The lower arch also has teeth numbered 1 through 8. The corners are labeled H (top), B (bottom), D (left), and G (right).	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> </table> B		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553			
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS													
		DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



lotissement operation lissasfa 129 E

Patente:36210460

C.N.S.S:6412663

Tél : 0522 93 48 40

Le 24/08/2022

FACTURE N°369377

N° ICE : 000490700000039

ENNOUSK AHMAD

N° IF : 50821330

2

ICE N° :

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue d'Alsace
Extension - CASABLANCA
Tél 05 22 93 48 40

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

36,57

Montant :

2,56

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Trente Neuf dirhams.

PPV: 14DH00
PER: 09/24
LOT: K2430



LOT: 210153
PER: 01~2024
PPV: 25,00DH

NON EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT
ne pas utiliser pendant la grossesse et l'allaitement
avant d'utiliser, voir la notice