

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-667414

127623

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **11693**

Matricule : Société : **Roy**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Diouch Imad**

Date de naissance : **29.01.75**

Adresse : **12. Rue persane.**

Tél. : **06 99 32 50 34** Total des frais engagés : **28,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **20 AOÛT 2012**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Etchart Libère** 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) : **[Signature]**

RELEVÉ 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
				DNP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMASSIRA 51, Rue RABIBEN ALI Dr. Mme. BENMOUSSA Oualae Tél: 05 22 24 80 34 Fax: 05 22 24 85 44	22/01/22	29,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

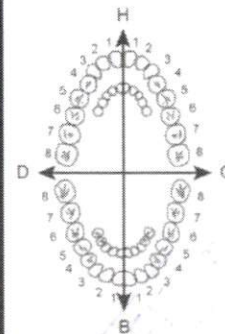
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

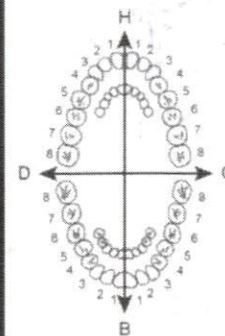
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT

PPV (DH):

LOT N°:

UT.AV.:

LOT : 220061
EXP : 01/2025
PPV : 14,30

756.836.07.19

D'EXECUTION

FIN
D'EXEC



PPV: 14DH00
PER: 01/25
LOT: L143

COEFF
DES TE

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

PHARMACIE AL MASSIRA
BENMOUSSA L OUAFAE
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE
DINAND

Tél : 0522248054

22/07/2022

MR DIOUCH IMAD

FACTURE N° : 31535

du 22/07/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1 G CP SIMPLE	14,00	14,00	7%
1	RHINO-FEBRAL GELULES	14,30	14,30	7%
Total TTC				28,30

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
VINGT HUIT DIRHAMS ET TRENTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	26,45	1,85	28,30
		26,45	1,85	28,30

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme. BENMOUSSA Ouafae
Tél: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme. BENMOUSSA Ouafae
Tél: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

CNSS : 1753377
Compte :

I.C.E : 001642356000035
Patente : 31202044

INPE:092007814
R.C : 191902

I.F : 46204130
RIB :