

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W19-449700

134122

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2729 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JIKER Abdelhak

Date de naissance : 1949

Adresse : El Hachidine n° 31 El Yachida

Tél. : 06 69 21 99 64 Total des frais engagés : 1362.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Nalastie
Chromique

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NASRI NASAT Age : 1956

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabétique

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 : El Yachida Le : 13/10/22

Signature de l'adhérent(e) : JIKER

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE DU SOLEIL
Youness ET TALBI
Docteur en Pharmacie
37.39 Bd. Attahir - Bouchent
Tél. 05 23 34 34 61

13/10/22

1367,00

INPE. 112054025

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

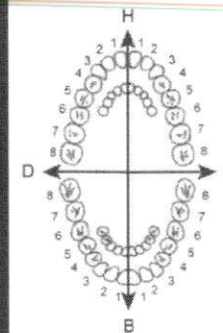
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

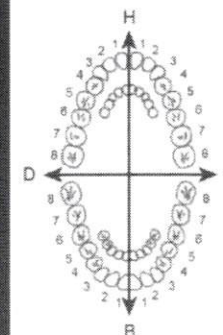
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 001218

El Jadida, le 13/10/22

Mr. Mme ENNASRI NAJAT Doit

Quantité	Désignation	Prix Unit.	Montant
12	Hemulog 50	111,00	1332,00
01	Ado 1x60	38,00	38,00
			<u>1367,00</u>
La présente Facture est portée à la somme de, mille Trois cent Sixante Sept 015 et 00 centimes			
maladie chronique			
<p>PHARMACIE DU SOLEIL Youness ET TALBI Docteur en Pharmacie 37-39 Bd. Attahrir - Bouchrit Tél: 05 23 34 34 61</p>			

Signature et Cachet

35,00

LOT D455069H.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH