

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-710640

Par Power

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : R 0678 Société : Royal air maroc <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Nom & Prénom : MAMRI Zouhida Date de naissance : 22 Aout 1945 Adresse : 97 Rue J.B. Baïblone Apt 4 Abn Rabat Résidence Al Kasr 11 Tél. : 0661 22 32 01 Total des frais engagés : \$ 50,00 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR BAKKALI Date de consultation : 14/09/2019 Nom et prénom du malade : M A M R I Zouhida Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Controle En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <small>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.</small>			
Fait à : Rabat Le : 14/09/2019			
Signature de l'adhérent(e) : Jean			

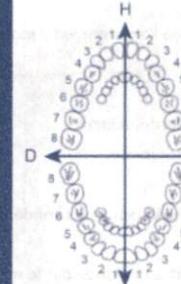
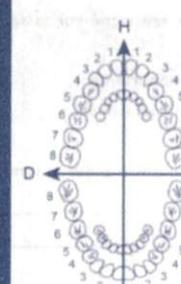
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
24/09/2022 CS			300	INP 102042561 Dr. El Bakkal A. Dentiste Catégorie 1 N° de Sécurité sociale : 656122935497

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien	Montant de la Facture
PHARMACIE INTERNATIONALE DUFFOUR 2, AV. Michelin, Agde, Av. Michelin, Agde - 34150 Tél : 0537 67 53 54 / 0537 0337 67 53 54 / 05 37 67 26 87	150 30/09/22 INP 102042561

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

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	

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'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



PT1901183738

14 septembre 2022

Mme MAMRI Zoubida

HYLO COMOD

1 g x 4 / jour et à la demande , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

موريلا
PHARMACIE MICHILI
2, Av, Michlifen, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87

<input type="checkbox"/>	2025 - 06
<input type="checkbox"/>	LOT 305332
PPC:	150 DH



CENTRE VISION LASER RABAT**RABAT****Reçu de caisse**

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22I141609	MAMRI ZOUBIDA	14/09/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : MAROUA

