

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0015554

149713
☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2521 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEDDOGH KHADJA

Date de naissance : 02.03.1957

Adresse : RUE 30 - NR 43 - KERIMATE - CASABLANCA

Tél. : 06 82 20 92 98 Total des frais engagés : Zeddogh 79,00 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie 2023

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 : CASABLANCA Le : 10 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : Zeddogh

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHAPMAN & IMAM I. MEDDAH Mourad Hay Lakemat, Rue 28, N°4 Casablanca Tél: 05 22 21 33 13 CEM: 05 61 08 55 03	092006048	79,10

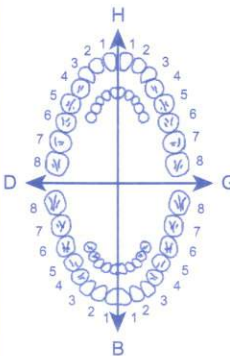
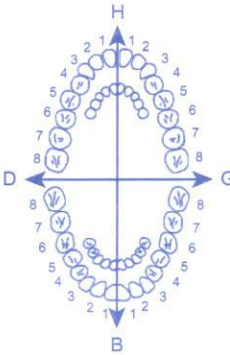
[illegible][illegible]

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H G 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="3">MONTANTS DES SOINS </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td rowspan="3">DATE DU DEVIS </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td rowspan="3">DATE DE L'EXECUTION </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> </table>				H G 25533412 21433552 00000000 00000000		B 00000000 00000000 35533411 11433553		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										DATE DU DEVIS										DATE DE L'EXECUTION					
	H G 25533412 21433552 00000000 00000000		B 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme ZEDDAH KHABIR

CASABLANCA le 12/12/22

Hay Lakemah, Casablanca
Tel.: 05 22 21 33 13
CSM: 06 61 08 55 05
Pharmacie Dr. MEDDAH Mourad
N° 28

Quantité	Désignation	Unitaire	Montant
----------	-------------	----------	---------

01	OCUYAL GOUTTE	79,00	79,00
----	---------------	-------	-------

ISOPHARM

OCUYAL GOUTTE

0.13%

79.50 DH

Amielle P. puseh belu 2 la
Sous de 79 DH et 10 cm

Pharmacie Dr. MEDDAH Mourad
Hay Lakemah, Rue 28, N° 64
Casablanca
Tel.: 05 22 21 33 13
CSM: 06 61 08 55 05