

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.

N° W19-591557

153878

153878

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0981		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MANANE ZAHRA CONJOINT LA BIBATI D HAMED
Nom & Prénom : MANANE ZAHRA CONJOINT LA BIBATI D HAMED			
Date de naissance : 07/07/1945			
Adresse : PARLAMENT K 87725 N.Y. AIR SBAN			
Tél. : 0522 611263		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Docteur ADDA Abderrahim OPHTHALMOLOGISTE 584, EL Haşšanía 1, EL Alia 05 23 28 45 39/Fax 05 23 28 13 65 Mohammedia			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 14/03/2023			
Nom et prénom du malade : MANANE ZAHRA JEUNE LA BIBATI Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire			
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.			
M 20 MAR. 2023			
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 : R ACCUEIL			
Signature de l'adhérent(e) :			

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
4 Mars 2023	CS.		300 dh	<i>Dr Abdellatif OPHTHALMOLOGISTE 554, EL Hassania 1, EL Aïad 23 28 45 39/Fax 06 23 30 70</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU PARADIS CASA Dr BOUSTANE ZAKIA Bloc L, N° 8, Dar Lamane May Mohammadi - Casa Tél: 0522.60.80.71</i>	14/03/23	10820

ANALYSES - RADIographies

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	IM	IV	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

Dr ADDA abderrahim
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des Yeux et Annexes
Contactologie

Diplomé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux II
de Cluj Napoca
(Ex. attaché des Services
d'Ophthalmologie de Bordeaux II)
(SUR RENDEZ-VOUS)

الدكتور عبد الرحيم
اختصاصي في أمراض وجراحة
العيون
والعدسات اللاصقة
خريج كلية الطب ببردو II
وكلوج نابوكا
ملحق سابق بمستشفيات بردو
(الموعد)

Mohammedia le: 14 Mars 2013

Mme MANANE veuve LAARIBATE

ZAHRA

5410 x 2

008
=

Naruna bak City 1/

ft 2 - 3 a^j → 2 m^o.

10820



PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr BOUSTANE ZAKIA
Bloc L, N° 8, Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 0522.60.80.71

Dr ADDA abderrahim
OPHTALMOLOGIE
584, EL Hassania 1, EL ALIA
05.23.28.45.39/Fax: 05.23.28.13.65
Mohammedia

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور
Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus