

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 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

- Reclamation : 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

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

Déclaration de Maladie

M23-0024865

CE

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1735** Société : **RAN**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **AMRANI Bouchaib**

Date de naissance : **08/10/1951**

Adresse : **137, Lot Haj Fateh N° 5 oufqa**

Tél. : **06-66-19-86-24** Total des frais engagés : **4,57,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10 NOV 2023**

Nom et prénom du malade : **AMRANI Bouchaib** Age : **72 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **hypertension**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **hypertension**

En cas d'accident précisez 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 : **oujda** Le : **08/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-024865**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **1735**

Nom de l'adhérent(e) : **AMRANI Bouchaib**

Total des frais engagés : **4,57,00 DA**

Date de dépôt : **08/11/2023**

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
10 NOV 2023	CS2		4300*	 Dr. AMRANI YOUSSEF SPECIALISTE EN OPHTAMOLOGUE 24, AV YOUSSEF IBN TACHAFINE, 1000 QUAR IBN ABDLAZIZ 1 ETAGE APPT N° 108 - QUAR TEL: 05 36 68 00 54  081219578

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE KAY LAMHACHHI D. KAY LAMHACHHI Lotis Essalamia Lot num 869 Tel: 0536 51 06 48 DA - Tel: 092092800	10-11-2023	157

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

8480

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the curve.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMRANI Youssef

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la faculté

de Médecine de Rabat



الدكتور عمراني يوسف

إختصاصي في أمراض

جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

Oujda, le 10/11/2023 وجدة، في.....

ORDONNANCE

AMRANI BOUCHAIB

1) THÉALOSE

1 goutte x3/j pdt 3mois



PHARMACIE M. AMRANI
Dr KHALIL YOUSSEF
Lotis Essalamia Lycée Omar
OUJDA - Tel: 0536 53 66 98
INPE: 082092260

Dr. AMRANI YOUSSEF
OPHTHALMOLOGUE
24 AV YOUSSEF IBN TACHAFINE 1er étage
IBN ABDELAZIZ 1^{er} étage APPT N°108
Tel: 05 36 68 00 57

SUR RDV

بالموعد 081219578

24،شارع يوسف ابن تاشفین عمارة عمر ابن عبد العزيز الطابق الأول شقة رقم 108
مقابل ثانوية عمر ابن عبد العزيز _ وجدة

24, Boulevard Youssef Ibn Tachafine . Imm Omar Ibn Abdelaziz 1er étage appt N°108 (en face lycée Omar Ibn Abdelaziz) _ Oujda

Tél : 05 36 68 00 57 ☎ 06 55 89 84 47