

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.

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° W21-770700

ACC

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1034 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DOUKKALI LAILA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667595113 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAKHSSASSI Oussama
Spécialiste en Oto-Rhino
6, Rue Nabha, Hay Al Alaouiyyine
Témara - Centre
Tél : 05 37 74 09 14

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DOUKKALI Laila Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Le : 28 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770700

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 : 1034

Nom de l'adhérent(e) : DOUKKALI Laila

Total des frais engagés : 00

Date de dépôt : 28/12/2022

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
08-12-22	CS			INP : <input type="text"/>

DR. LAKHSSASSI Sadaoui
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
8, Rue Napha, Hay Al Alaouiyina
Ténies - Centre
Tél : 05 37 74 09 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
	08/12/22					6000,00
						DM

DEVIS

DM

VOLET ADHERENT

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

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.

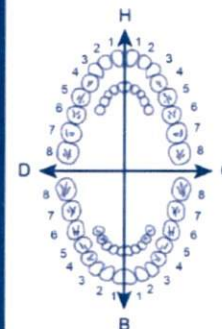
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

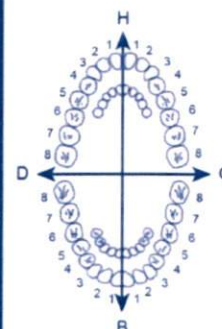
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(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

Informations client :

Nom : Mme DOKKALI LAILA

MESSIEURS,
SUITE A VOTRE DEMANDE DE PRIX, NOUS VOUS PRIONS DE BIEN VOULOIR TROUVER CI-JOINT
APRES NOTRE MEILLEURE OFFRE DE PRIX.

***ARRETE LE PRESENT DEVIS A LA SOMME DE QUATRE MILLE DIRHAMS HT.**

NB: Ce devis est valable deux mois à partir de la date sus désignée.

Casablanca
Rabat l'océan
Rabat agdal
Marrakech
Oujda
Nador
Laâyoune
Khouribga
Agadir
El Jadida

DE QUATRE MILLE

date sus désignée.

OBK Technologies Groupe

Siège 60, Av. Hassan Souktani - Casablanca • Tél.: 05 22 20 38 43 / 27 33 86 • GSM : 06 61 23 26 71
Compte Bancaire : BMCE : Centre d'affaires Maarif 011.780.00.00.65.210.00.09327.94
Attijariwafa Bank : Centre d'affaire Porte d'Anfa 007.780.00.04.09.50.00.02632.16
R.C. : 131401 • **I.F. :** 03316451 • **Patente :** 35545398 • **CNSS :** 6805876 • **I.C.E. :** 000042832000067