

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6755**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL ADOMI MUSTAPHA**

Date de naissance : **01/01/1963**

Adresse : **46 Rue cheikh Moulay AÏNAYNE / H - RAHAD**

Tél. : **063693810**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **21/11/2013**

Nom et prénom du malade : **Khalid Yacoub**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **pix en charge**

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 : **REC**

Le : **21/11/2013**

Signature de l'adhérent(e) : **ED**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-034614

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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

DR. MOSTAFA LOUAHIA

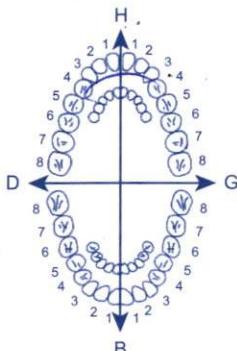
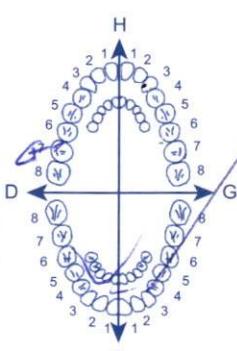
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	<i>Dent 1</i>	<i>D12</i>	<i>D24</i>
	<i>Dent 1</i>	<i>D12</i>	<i>800</i>
			<i>DEBUT D'EXECUTION</i>
			<i>FIN D'EXECUTION</i>
			<i>D200</i>
			<i>3300</i>
			<i>11/14/20</i>
			<i>DATE DE L'EXECUTION</i>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 20538411 21433552
D 00000000 00000000
B 00000000 00000000
G 35538411 11433552

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

27 CCC

Dr Mostafa LOUAHIA
Médecin Dentiste
Angle Bd Mansour et Rue Yacoub
Tel : 05 22 33 66 41

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Mansour et Rue Yacoub
Berrechid
Tel : 05 22 33 66 41

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Le 4 janvier 2024

DR. LOUAHLIA MOSTAPHA.
ANGLE BD MOHAMED V
BERR, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0006755_1963-01-01_MUSTAPHA

N/REF : 20240040026186

Adhérent : EL ADDIL MUSTAPHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de HAYAT KHALMI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 240.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 360.00 MAD

Validité de prise en charge : du 04-01-2024 au 04-04-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS.

**Centre d'affaire Allal Benabdelah, 49, Angle Rue Allal Benabdelah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à HAYAT KHALMI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MÉTIENNES

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du contre-reçu ou des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

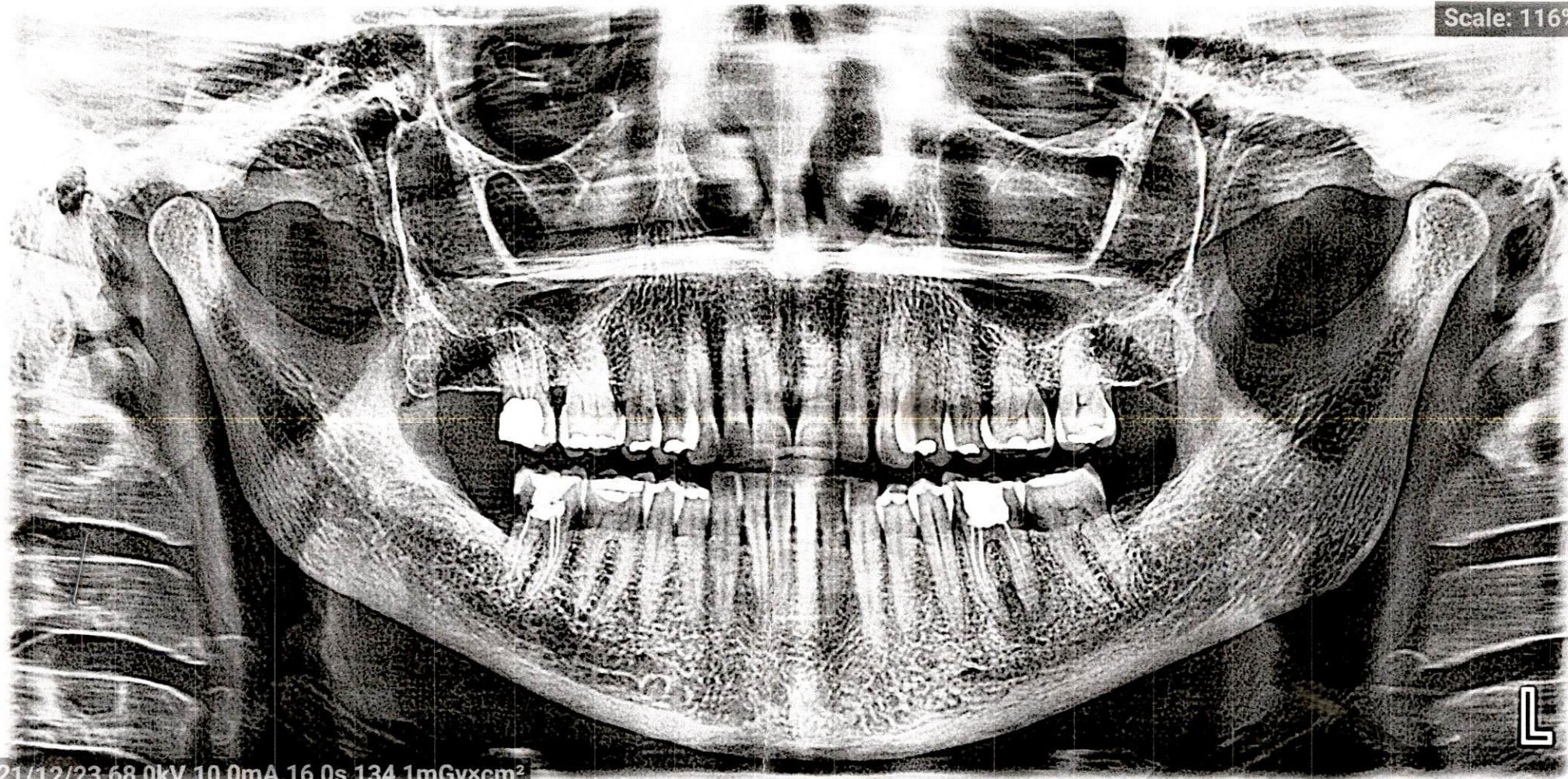
Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mansour - Berrechid
Tél.: 05 22 33 66 41

Khalmi Hayat
Date De Naissance :

Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mansour - Berrechid
Tél.: 05 22 33 66 41



Scale: 116%



21/12/23 68,0kV 10,0mA 16,0s 134,1mGy·cm²