

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

Declaration de Maladie

N° W19-423083

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8597 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BIKRI RABIA
Date de naissance : 18/03/68
Adresse : 37 Rue TERNET Rendoue SALMA N°5
Tél. : 0664160378 Total des frais engagés : 200 + 15,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelhak TLEMCAN
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.H.
Casablanca - Tél: 05 22 90 33 90

Date de consultation : 18.08.2019
Nom et prénom du malade : ARRAHMANI OUSSAMA Age: 17 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Allergie
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'at médecin conseil de la Mutuelle.

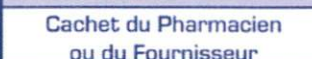
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 29/08/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
28.08.19	C		200,00	INP : 0911921063 Docteur Abdelali TLEM Médecine Générale Echaghlite Afghanistan H.H. 25.22.90.30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>28</p> <hr/> <p>08</p> <hr/> <p>10</p>	<p>11520</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

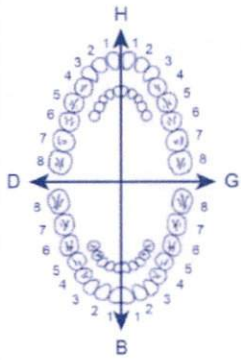
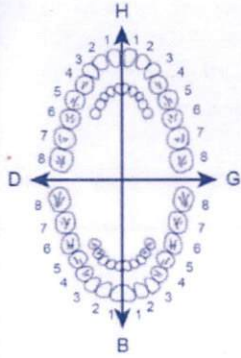
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																															
						COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																													
							MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																												
								DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																											
									FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																														
	<table><tr><td colspan="4">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td></td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td></td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td></td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="4">B</td></tr></table>					H				25533412			21433552	00000000			00000000	D			G	00000000			00000000	35533411			11433553	B				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
	H																																			
	25533412			21433552																																
	00000000			00000000																																
	D			G																																
	00000000			00000000																																
	35533411			11433553																																
	B																																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																															
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد الحلي التلمساني

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

Casablanca, le

28 AOUT 2019

ARRAYOCH OUSSANA

LOT: 19002 PER: 02/2024
PPV: 48,50 DH

32,80

Pharmacie MASHOUIL
Stade No 22 - CIL
Tél: 022 35 88 73 - Casablanca

ENTERAL 2

PPV 15DH90

PPV 18DH70
EXP 03/2022
LOT 92032 2

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.H
Casablanca - Tél.: 05 22 90 33 90

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

50.187