

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-420475

WB-24277
 Optique Autres



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5404

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : MEIBAR SAKINA EP TAZI

Date de naissance :

Adresse : 38 Rue des Asphodèles Casablanca

Tél. : 06614456468

Total des frais engagés : 821,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghazi
Tél./Fax 022 36 37 08
Urgence 062 56 19 38

Date de consultation : 3-3-2012

Nom et prénom du malade : TAZI Jaouad Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent :

UPRAS

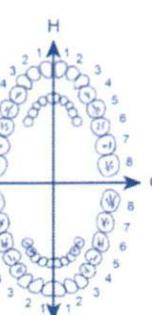
MD 2020

ACCUEIL 103-122

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
3.3.90	CS+FO	7	350 DT	INP : 511043150 dab Benhakroun liste

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Gachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Gachet du Fournisseur		
		

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

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 (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)												
				INP : <input type="text" value="1111111111"/>												
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
				Montants des Soins <input type="text"/>												
				Début d'Execution <input type="text"/>												
				Fin d'Execution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411 11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G		00000000														
B		35533411 11433553														
		Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
		Montants des Soins <input type="text"/>														
		Date du Devis <input type="text"/>														
		Date de l'Execution <input type="text"/>														

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

ee BENCH
la faculté de
Casablanca

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

Flacon
de 2.5 ml



بنفسقدون
م العالي بكلية
البيضاء
وجراحة العيون

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

Flacon

تخطيط أوعية الشبكة - الابزير
عدسات الاتصال

Maladies et Chirurgie de
Chirurgie vitéro rétinie

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

Casablanca, le

3-3-20

الدار البيضاء في

Tazi Jaouad

428 -

157.000 Dhs
3 mois



Xalakai Colly

Soft le soc

PHARMACIE BACHKOUR
Télé: 022 83 35 45
M. MOURIT 21, rue des OUDALID

Professeur Quaas Benchekroun
Ophthalmologiste
Rés. du Palais Bd. Ghandi
Tél/Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.
Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36