

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-439160

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent(e) :

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/12/19	C ₁	1	100.DH	<p>INPE : 071085781</p> <p>INP : </p> <p>Dr. KHOUMBATI Rahhal</p> <p>Médecine Générale</p> <p>100, Av. de la Palestine Daoudiate</p> <p>Marrakech - Tel : 05 24 30 14 68</p>

Dr. KHOUNE Rahhal
Médecine Générale
10, Av. de la Palestine Daoudiate
Narrakech - Tél : 05 24 30 14 68

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية النصر</p> <p>PHARMACIE LA VICTOIRE</p> <p>Dr. BOUGHASA Fatima</p> <p>798, Unité 4, Daoudiate Marrakech</p> <p>Tel : 05 24 30 03 31</p>	16.12.19	389,00

صيدلية النصر
PHARMACIE LA VICTOIRE
Dr. BOUGHABA Fatima
798, Unité 4, Daoudiate Marrakech
Tél : 05 24 30 03 31

[illegible]

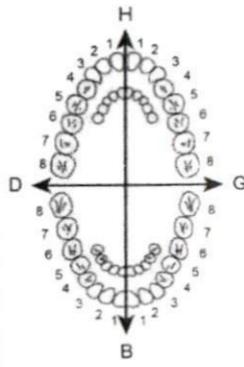
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

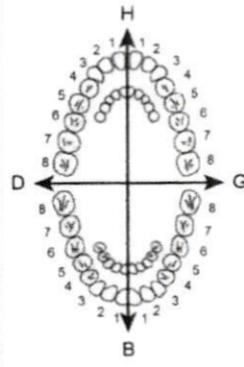
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et le coefficient.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552							
	00000000	00000000							
	00000000	00000000							
	35533411	11433553							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse								

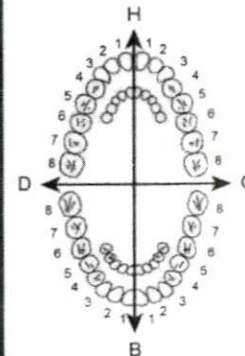
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de tra

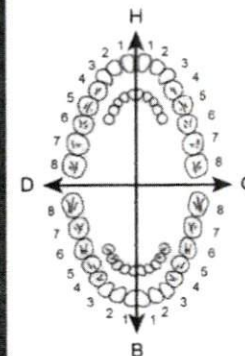
[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prof



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

IPROST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée
P.P.V. : 147,50DH

IPROST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée
P.P.V : 147,50DH

IPOST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée
P.P.V : 147,50DH

IPOST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée (C)
P.P.V. : 147,50DH

IPOST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée
P.P.V : 147,50DH

IPOST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée
P.P.V : 147,50DH

Docteur Rahhal KHOUNFI

Médecine Générale
Echographie Clinique

Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier
Expert Agrée près des Tribunaux

الدكتور رحال خنفي

الطب العام
الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية

خريج كلية الطب بمونبيلي
خبير محلف لدى المحاكم

Marakech, Le 16/12/19 في مراكش.

AT D HAMED AMMED

147, 10
x 6

11

IPROST 10



14 le soir x 6 mois

37, 100
x 2

21

Durol 2 ent.



24 x 21

Dolton



19 le soir

PHARMACIE LA VICTOIRE

Dr. BOUGHABA Fatima

798, Unité 4, Daoudiate Marrakech
Tél : 05 24 30 03 31

PHARMACIE LA VICTOIRE
Dr. BOUGHABA Fatima
798, Unité 4, Daoudiate Marrakech
Tél : 05 24 30 03 31

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE

- ☐ Copie des résultats
- ☐ Facture
- ☐ Ordonnance
- ☐ Pli confidentiel

DENTAIRE

- ☐ Accord préalable avant le traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux
- ☐ Facture
- ☐ Radio après traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux
- ☐ Radio avant traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux
- ☐ Restitution des anciennes prothèses

HOSPITALISATION

- ☐ Cachet de la clinique sur la feuille de soins
- ☐ Compte rendu opératoire
- ☐ Copie compte rendu des radios
- ☐ Copie résultat de l'anatomopathologie
- ☐ Copie résultat des analyses
- ☐ Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale
- ☐ Entente préalable
- ☐ Notes d'honoraires
- ☐ Ordonnance et factures des actes sous traités
- ☐ Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale

OPTIQUE

- ☐ Facture de l'opticien
- ☐ Ordonnance

REEDUCATION

- ☐ Copie radio relative à la même maladie
- ☐ Entente préalable remplie par le médecin
- ☐ Facture

PHARMACIE

- ☒ Ordonnance *
- ☒ Vignettes des médicaments PPV **

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:

Matricule: 627

FS n°: W19-439160


Signature de
l'adhérent


Signature de
l'adhérent