

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº W19-501704

JP: 36318

Maladie Dentaire Optique Autres

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2992 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre : Retraitée

Nom & Prénom : BOUCETTA Saida

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661950055 Dhs

■ Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/2020

Nom et prénom du malade : BOUCETTA Saida Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : cardiovasculaire

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 : Marrakech Le : 16/07/2020

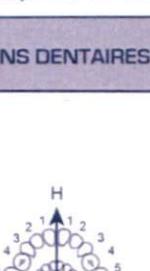
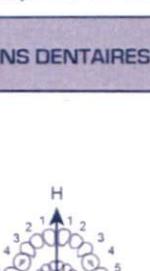
Signature de l'adhérent(e) :



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
16 juil 2012	CS		250 DH	INP : 135 Signature et Chiffre bleu Signature et Chiffre bleu

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE ASSIF Mme SEBIT Farida Docteur en Pharmacie Bd Albar El Fassi Unité 4 Dakhla Tunis - Tel : 05 24 30 30 35 Fax : 05 24 30 30 36 N° 2011184A	16/07/20	68,00 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.					
 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
 	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

Docteur Khadija El Ammari

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux



- Diplômée de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Monastir (Tunisie)
- Ancienne chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Antaki Marrakech
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتورة خديجة العماري

أخصائية في طب وجراحة العيون

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالمنستير (تونس)
- رئيسة سابقا بمصلحة العيون بمستشفى الأنطاكى مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Marrakech le 15 Juillet 2020

68,00
Pne wla

PPC 68,00 DH



ODG

Toltex US

صيادلة أسيف
PHARMACIE ASSIF

Mme SERTI Farida

219, Bd Khal El Fassi Unité 4 Daoudiate
Marrakech - Tél : 05 24 30 30 35

دكتورة خديجة العماري
Dr. Khadija El AMMARI
استاذة ماريا
Spécialiste des Malades
Res. Jaouad Imm. 67, Av. Abdelkrim EL Khatabi, Marrakech
Tél. : 05 24 43 22 44 - ke.cabinet.opht@gmail.com - INPE : 071083125

إقامة جواد عمارة ب، الشقة 67، شارع عبد الكريم الخطابي، مراكش

Rés. Jaouad, Imm. B, App. 67, Av. Abdelkrim EL Khatabi, Marrakech

Tél. : 05 24 43 22 44 - ke.cabinet.opht@gmail.com - INPE : 071083125