

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-584884

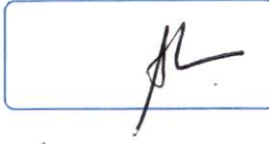
134558

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MEL Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ASSIRI KEMAL
 Date de naissance : 21/07/1971
 Adresse : Hay Tanach, rue S n° 64 Bis AM
Casablanca
 Tél : 0668914028 Total des frais engagés : 69,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : /
 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.

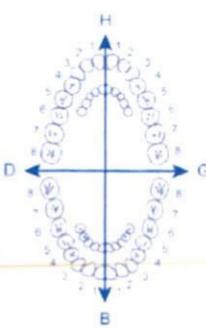
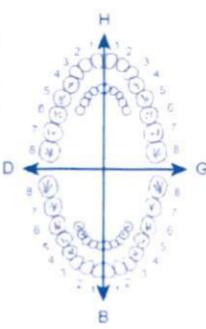
Fait à : Casablanca Le : 16/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/22	69,90

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES														
<p>Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF</p>														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 										
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX 										
				MONTANTS DES SOINS 										
				DEBUT D'EXECUTION 										
				FIN D'EXECUTION 										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433550</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433550</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table>	25533412	21433550	00000000	00000000	G	B		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433550</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table>	25533412	21433550	00000000	00000000	G								
	25533412	21433550												
	00000000	00000000												
	B													
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection			MONTANTS DES SOINS 										
	DATE DU DEVIS 													
	DATE DE L'EXECUTION 													

PHARMACIE TISSIR 2

DR. HAJOUÏ SALWA

AV. A N° 58 HAY MOHAMMADI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 31916566

N° R.C. : 382242

N° CNSS : 8302242

N° ID.F. : 40707250

N° ICE 001663777000079

Tel : 0522626701

Fax

YASSIR KAMAL

I.C.E. :

CASABLANCA

Le : 16/09/2022

FACTURE N°: 2122/22

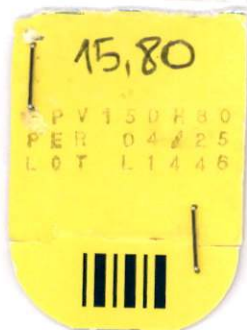
Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE 500 EFF	15,80	7	15,80
1	LARMABAK COLLYRE	54,10	7	54,10

TVA 7%: 4.57

Total : 69,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SOIXANTE NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS



PHARMACIE TISSIR 2
Dr. Salwa HAJOUÏ
Bd. A N° 58 Hay Mohammadi
Casablanca Tél. 0522 62 67 01