

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.

Radioologie 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-768342

136529 Couer

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01690

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance :

07.08.1944

Adresse :

APRES 3, SECOURS & RÉSIDENCE GOUILLANAR - JIMY 'B'

Tél. : 0664 1717 44

Total des frais engagés : 57,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MAAROUFI JAMAL EDDINE Age: 78 Ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

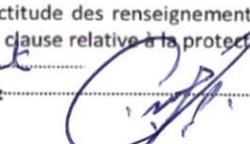
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 15/08/2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-768342

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL

Total des frais engagés : 57,80 Dhs

Date de dépôt : 31.10.2022

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>الطباطبى</i>	11/09/20	52180

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>الطباطبى</i>	11/09/20		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

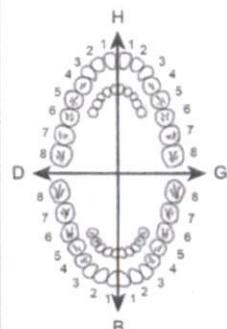
Le praticien est prié de préciser la date de l'exécution de l'ordre.

Important :

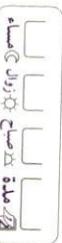
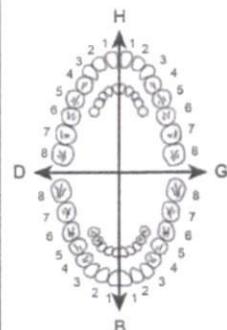
Veuillez joindre les radiographies en cas de soins dentaires.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitée



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



LOT : 220579
EXP : 04/2025
PPV : 57,80 DH

مبلغ 10



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL ARAAR

MME KABBAJ NAWAL

AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT

RABAT

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.F. : 34527237

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 15/08/2022

FACTURE N°: 5355/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	LDNOR 10MG/30CPS	57,80		57,80
Total :				57,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

INPE : 102003811

