

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 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 *Comet*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL SADINE
 Date de naissance : 07.08.1944
 Adresse : Résidence Joulwan, Im B, Ave Abdou, Hay Hayat, Rabat.
 Tél : 0664171744 Total des frais engagés : 57,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL SADINE Age : 78 ans
 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 : Rabat Le : 15.08.2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
 Date de dépôt : 31.10.2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES	
Le praticien est prié de préciser la date de l'exécution des soins.	
Important : Veuillez joindre les radiographies en copie.	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>LOT : 220579</p> <p>EXP : 04/2025</p> <p>PPV : 57,80 DH</p> </div> <div> <p>de l'ODF.</p> </div> </div>	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>عن طريق اللم</p> <p>10</p> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETER
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>COOPER</p> <p>30 comprimés pelliculés</p> <p>LD-NOR 10mg</p> <p>6 118000 082217</p> </div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>قرص علبس</p> <p>30 x</p> </div> </div>
<div style="background-color: red; color: white; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>10</p> <p>عن طريق اللم</p> <p>أثورفاستاتين</p> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</div> </div>	

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

MAAROUI 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

Pharmacie Al Araar
Dr. Kabbaj Nawal
Av. Al Araar Hay Ryad
Rabat
Tél: 05 37 71 06 27 / 05 37 56 57 48