

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 soin 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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° W21-779229

145267

Pay
compte

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 01690

Société :

Royal Air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance :

07.08.1944

Adresse :

Scierie 2, résidence Jourhanar, Jemâa B
ALCOUZ, AVE ADDOLB, Hay Ryad - RABAT
0660171744

Tél. :

Total des frais engagés :

59,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MAAROUFI JAMAL EDDINE 78 Ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-779229

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

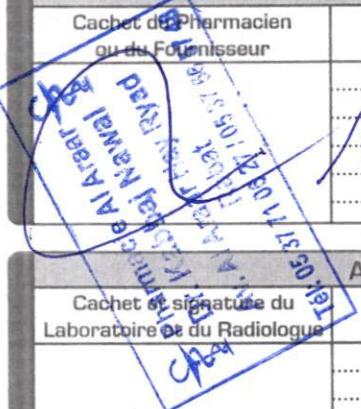
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01690
Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI J
Total des frais engagés : 59,50 Dhs
Date de dépôt : 10.01.2023

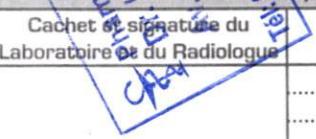
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/2017	59.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

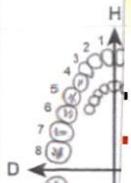
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

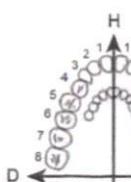
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre

SOINS DENTAIRES



O.I.
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET

نوزبیوم
دوهیبریدون

10 ملن

IMODIUM 2 MG GELULE

20 gélules
لoperamide 2 mg

جاسن

20
عن طرق
Respectez les doses prescrites
AMM : 20 DMP/21/NP
Laboratoire Pharmaceutiques Pharma 8
Yassine LACOU TAU Pharmacie Responsable
21, Rue des Asphodèles, Marrakech - Maroc

6 118000 010845
Boîte de 20 comprimés
Nauseum 10mg

6 118000 0101899
Boîte de 20 comprimés
Nauseum 10mg

10 mg
Domperidone

20 comprimés
Domperidone

20 comprimés
Domperidone

LOT : 3421
UT. AV : 09-24
P.P.V : 29 DH 00

20 comprimés
Voie orale

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

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 15/11/2022

FACTURE N°: 5438/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	IMODIUM GELULES	30,50	7	30,50
1	NAUSELIUM CP	29,00	7	29,00

TVA 7%: 3.89 Total : 59,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE NEUF DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

