

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.
- L'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 soin 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° W21-779231

Maâroufi

145276

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01690

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance :

04-08-1944

Adresse :

Alley 8, Residence TOUJIANAR, Tizi Ouzou, Algeria

Tél. :

0664171744

Total des frais engagés :

57,30

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 :

20/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-779231

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 EDDINE*
Total des frais engagés : *57,30 Dhs*
Date de dépôt : *10.01.2023*

Autorisation CNPD N° A-A-215/2019

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"/>
.....	
.....	
.....	

A rectangular stamp with rounded corners, containing the following text:

Cachet de Pharmaciens
ou de Formulseur

Dr. Kaiserslautern Nov 1978

711862 10537 555748

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formateur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Kastha Nair Al Amanah Hospital 021-105-3755748	20/11/22	52,70

17/08/37

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 : 20/11/2022

FACTURE N°: 5439/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CARDIO ASPIRINE CP	27,70		27,70
1	OEDES 20MG/7 CPS	30,00	7	30,00

TVA 7%: 1.96 Total : 57,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS



CARDIO ASPIRINE 100 mg



Acide acétylsalicylique

30 comprimés gastro-résistants

Composition:
1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique
excluant des comprimés un comprimé

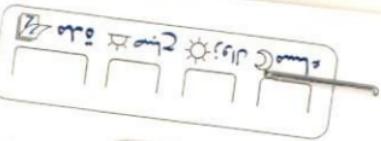
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

30 قرص لا يتأثر بمحضنة الماء

الـ 100 mg/30 caps
salicylique
N. : 27,70 DH
Bayer S.A.

كاريـوـأـسـبـرـين 100 mg

حمض أسيتيل ساليسيليك O

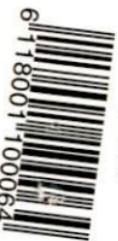


7x

جـ 20

OEDES 20mg

7 gélules



9 18001 100064

LOT 210580
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

COOPPER PHARMA

