

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

M22- 0048248

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6060 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis									
				Fin de								

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM : <u>AOUIDY</u>	Mle <u>6060</u>
DECLARATION N°	W18-350558	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>17/01/23</u>	<u>722,60</u>	<u>3 pièces</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-350558

DATE DE DEPOT

17/01/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>6060</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>AOUIDY Najar</u>			Signature de l'adhérent
Fonction : <u>Agent</u>		Phones <u>0661516127</u>	
Mail <u>najary28@gmail.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>AOUIDY Najar</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>13 DEC 2022</u>
Nature de la maladie <u>Hypertension + stress + Bn chite</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C2</u>		<u>200,00</u>	
PHARMACIE		Date <u>13/12/22</u>	
Montant de la facture			
ANALYSE RADIOGRAPHIE			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature de l'adhérent
Docteur Marika ENTRA
MEDECIN GENE-P.M.I.
Copied Center, Ennassr 6-11
Boulevard Anoual - Casablanca

PHARMACIE DE LA SECURITE
Nadja El Mouta BENCHKROUN
130, Bd. Mohammed VI
Tel: 0522 86 22 45 - Casablanca

PHARMACIE DE LA SECURITE
Nadja El Mouta BENCHKROUN
130, Bd. Mohammed VI
Tel: 0522 86 22 45 - Casablanca

CACHET

Docteur Malika ENNABIL

MEDECINE GENERALE

D.I.U Nutrition
D.I.U Echographie



13 DEC 2022

الدكتورة مليكة النبيل

الطب العام

التغذية
الفحص بالصدى

69.00
Fr.30
55.00
79.00
7380
95.00
79.00

AOUI DY Najat
Kalmanesel
1a 2 sel
Tanakau
A mo xit
A
IX 20
Beweca
moleus CP 1p 34 13

529
Tel: 0522 86 22 45 - Casablanca
Nadja El Manja BENCHEROUN
PHARMACIE DE LA SECURITE
130, Bd. My. Drive 1

Docteur Malika ENNA
MEDECINE GENERALE
Capital Center, Entrée B - 1
Anoual - Casablanca

05 22 25 02 45

ملتقى شارع أنوال / عبد المومن Rés. Anoual Capital Center 203 Porte B, 1^{er} Etage Appt. N°1 Casablanca
Angle Bd. Anoual / Abdelmoumen Rés. Anoual Capital Center 203 Porte B, 1^{er} Etage Appt. N°1 Casablanca

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

LOT: 220561
DLUO: 07/2025
69,00 DH

Laboratoires Deva Phar
J.OUAJ Pharmacie Ret

71130

PPV: 55,00 DH
LOT: 651034
PER: 08/24

PPC: 95,00 DH
LOT: C803989
EXP: 12/2024

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80
EXP 04/2024
LOT 230185

LOT: 220365
PER: 05/2025
PPC: 79,50 DH