

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-799287

Cou

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>12 637</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>20089</u>
Nom & Prénom : <u>AMARA ILIASS</u>			
Date de naissance : <u>11 02 1988</u>			
Adresse : <u>Résidence les cèdres Im 13 apt 6</u>			
Tél. : <u>06 13 76 14 06</u> Total des frais engagés : <u>10 60</u> Dhs			

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin		<u>PR.GHANIMI ZINEB</u>
Professeur agrégée de pédiatrie Médecine et Réanimation Néonatale 3,Rue hab Iamlouk , Imm Essafae Appartement 1, secteur 9 hay Riad Tél. 05 37 57 01 54		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>07.12.23</u>		
Nom et prénom du malade : <u>Amara julis</u>		Age:
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>VACCIN</u>		
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 : 10 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-799287
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
27.12.83	CSI		30000	<p>A. CHANIMI ZINEB Professeur agrégée de pédiatrie Médecine et Réanimation Néonatale 3 Rue Hab Lamliouli, Imm. Essafae Appartement 1, secteur 9 bay Riad Tel: 05 37 57 01 54</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE A Mehdi Ben B 5377511400000 mississipi - Rabat	07.11.83	760 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

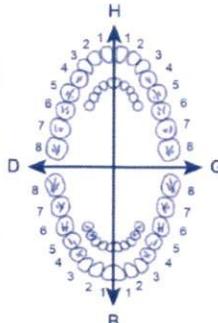
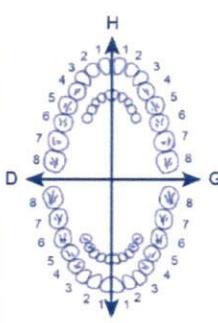
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D	G 21433552 00000000 G	B 35533411 00000000 B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Zineb GHANIMI

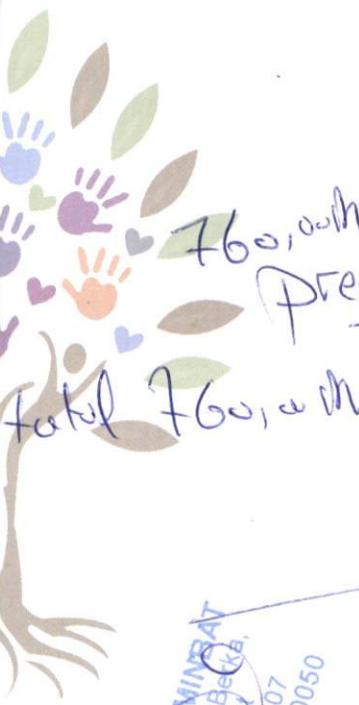
Professeur agrégée de Pédiatrie
l'édecine et réanimation néonatale
lématoologie pédiatrique



Rabat, le

07/22/23

د. زينب غانمي
أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال



Amar

Jrfa

760,00M
Prevenar B

futbol 760,00M

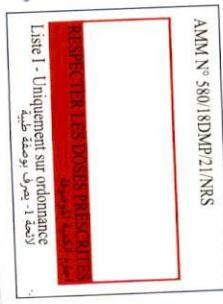
PHARMACIE AL MINBAY
18, Avenue Ben Bekai
ICE : 00175114000057

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9.

Hay Riad. Rabat.

Tél. : 0537.57.01.54

INPE 111069431



Propriétaire de l'AMM au Maroc:
Laboratoires Pfizer S.A.
km 0,500 Route de Oualidia
BP 35
24 000 El Jadida, Maroc

Prizer Manufacturing Belgium N.V.
Rijksweg 12
B-2870 Puurs
Belgique

3. زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،
شقة رقم 1، دائرة 9.
حي الرياض.
الهاتف: 0537.57.01.54