

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° D: 14523 N° W19-505969

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~MSADEK~~ ~~20000~~ M^{re} 12069

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MSADEK HANID

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

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
				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 colspan="2">H</td> </tr> <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>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis											
	Fin de											

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W17-099536	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
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			

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W17-099536

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	12069
Nom & Prénom		MSADEK HAMID	
Fonction :		Phones	2683
Mail			

MEDECIN		Prénom du patient		MSADEK ZINEB	
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age	11 ans	Date
					21.12.19
Nature de la maladie				Date 1ère visite	
Rh / Bm d't					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
Cy		150.000 d			

PHARMACIE		Date	21/12/19
Montant de la facture		130,70	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

Date :

71 Dece 2019

ORDONNANCE

الدكتور أكرم الفاريسي
طب عام - طب المستعجلات
قاعة فتح 1 الدور 90 الطابق 1 المبنى 4
شارع الشرف، حي مولاي عبد الله، عين الشق - الدار البيضاء

Ordonnance

PPV: 59DH00
PER: 05-22
LOT: 1 1284



Mlle MSADEK ZINEB

391- SAPHIR 500 mg
1 sach x 3/jr pendant 8 jours

36140 KOPRED 20 mg cp effe
3 cp / jr pendant 4 jours

toudex sirop
1 cam x 2/jr pendant 5 jours

191- FEBREX ENFANT 0.28G/0.1G/0.01G GRANULÉ
EN SACHETS BOÎTE DE 8
1 sach x 2/jr pendant 4 jours

16130 SOUFRAINE 2% SOLUTION POUR PULVERISATION NASALE FLACON DE
20 ML 1 APR 2020

PHARMAS LOT : 3632
UT.AV : 08-22
PPV : 36DH40

PHARMED LOT : 3092
UT.AV : 05-22
PPV : 19DH00

1630

BIOFAR KIDS

1 cp / jr pendant 10 jours

المكتوب أكرم الشاربي
طبيب عام - طب المسنين
الطبيب المساعد
شارع القدس، حي موزي، عدد 20 الطابق 1 الشقة 1
الشاربي