

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 soins 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-

063895

ND: 33529

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2617 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHASIA MOHAMED

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 : CASA Le : 21/06/2020

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 <input type="text"/>																									
				Montant des soins <input type="text"/>																									
				Début d'exécution <input type="text"/>																									
				Fin d'exécution <input type="text"/>																									
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553					Montant des soins <input type="text"/>
	H			G																									
	25533412	21433552																											
00000000	00000000																												
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																										
			Fin d'exécution <input type="text"/>																										
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																											

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 2617	Signature de l'adherent
Nom & Prénom CHASIN MOHAMED				
Fonction RETRAITE		Phones 06 70 27 40 25		
Mail ch.mohamed.ch@hotmail.fr				
MEDECIN	Prénom du patient NOU NENE			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 64 ans	Date 01/06/2020
Nature de la maladie				Date 1ère visite
CHRONIQUE				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE		Date		Signature et cachet de la pharmacie
Montant de la facture		513.40		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		CACHET
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		CACHET
Nombre				
AM	PC	IM	IV	
				Montant détaillé des Honoraires

PHARMACIE ALJ

ALJ Mohamed Abdelilah

Université Paul Sabatier Toulouse

279, Bd Abdelmoumen

Casablanca 20100

☎ 05.22.86.06.54




Casablanca le : 01/6/2020
Facture n° :

Facture n° :

Client CHAJIA MOHAMED

ICE

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
Candothasprie	01	27.70	27.70
Cendix	01	89.00	89.00
Co Aprovel	01	239.00	239.00
Dramin 60	01	78.70	78.70
TANOR	01	79.00	79.00
			<u>513.40</u>



صيدلية العلاج
PHARMACIE ALJ
 ALJ Md. Abdelilah
 279 Bd Abdelmoumen Casa
 Tel: 022 86 06 54

Pharmacie ALJ

279, Bd Abdelmoumen Casablanca

ICE : 001525945000041 – Patente : 34402734 – IF : 42044350 – RC : 180264

28 Co
LOT: 319
PER: FEV 2023
PPV: 89 DH 00

78,700

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00
6 118000 250340
Laboratoires
Pfizer S.A.
Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
6 118001 081035

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280