

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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° P19- 066759
N°p: 35791
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3398 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Salim deron
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

Déclaration de maladie N° P19-066759

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 :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient								
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	
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
35533411	11433553										
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession											
VOLET ADHERENT											
NOM :		Mle									
DECLARATION N° W18-403751											
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		W18-403751	DATE DE DEPOT 03.08.2020
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3398	
Nom & Prénom DEROU ALYETI			
Fonction : POT	Phones 066106196		
Mail mehdi.deroi@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient DEROU SALIM	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 2.2.11.2020	Date 1ère visite
Nature de la maladie		Affectio oculare	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
c2		300DH	
PHARMACIE		Date 22/08/20	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur A, KETTANI KOMIHA

Spécialiste en ophtalmologie
Diplômée de la faculté de
Médecine de Montpellier

Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتورة انيسة كتاني قميحة

اختصاصية في

امراض وجراحة العيون

casablanca.....الدار البيضاء

22 JUL. 2020

DEROUY Salem

INPE : 092065168

Pharmacie Nigelle
Dr SLAOUI Nadjia
36, rue 18/19 Ouled Taleb
Ain Chock Casablanca
Tél : 0522 87 17 70

35.70

To modex

1 plus 6 x 10

54.70

To modex

pour le
œil le soir

pt 8 jours

Docteur Anissa KETTANI
Spécialiste en Ophtalmologie
Lot, Ouled Taleb, rue 01 N° 101 Ain Chock Casablanca
Tél : 0522 50 41 88

Lot, Ouled Taleb, rue 01 N° 101 Ain Chock casablanca

تجربة اولاد طالب رقم 101 زقة 01 عين الشق
Tél: 0522.504.188 / 0522.500.026

Bd Alqods



Bd Taddart