

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.

Prothésaire :

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

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



ND Déclaration de Maladie
35792 N° P19- 066757

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3678 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ceila

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° P19-066757

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 54852	MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
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			



P 14 / 0054852

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle # 3678 #	Signature de l'adherent
Nom & Prénom		Rassi E. Mohammed	
Fonction	EDS	Phones 0600386123	
Mail m.assi@royalairmaroc.com			
MEDECIN		Prénom du patient LAICHA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 54	Date 26/05/2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Mulatini regim et dm			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		6	
PHARMACIE		Date 18/05/20	PHARMACIE ALEXANDRI Mme BENJELLOUN Fouzi Docteur en Pharmacie 35/Boulevard Alexandrie 10522 86.15.13 - Casablanca
Montant de la facture		591,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 26/05/2020	Dr. Amal FEKKAK Radio-Biologiste Tél: 0522 86 03 36
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B 200	260,00		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 21/05/2020	Dr. Amal FEKKAK Radio-Biologiste Tél: 0522 86 03 36
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
		500,00 dh	



INTERNATIONAL
clinic

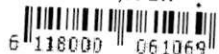
Date : 19 / 05 / 2020

صيدلية الإسكندرية
PHARMACIE ALEXANDRIE
Mme BENJELLOUN Fouzia
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandrie
Tél : 0522.86.15.13 - Casablanca
Fax : 0522.86.15.13 - 0522.86.15.13

Ordonnance

me
ELAFAF Larla

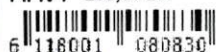
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 143,60 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 143,60 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp, pel b 7
P.P.V : 205,00 DH



LOT 190817
EXP 02/2022
PPV 99.00DH

1/3 box 2
n - ORO KEN 200
rep x 2 / j vdt 5,1
2- Losi
Tavani C 500mg
rep x 1 / j vdt 11
3- 99
order 2
1 qut le soni

591,2



INTERNATIONAL
clinic

Date : 11 / 05 / 2020

Ordonnance

ELAFAF Enla

IAH 40 . 5A03 série.

indiqué à la
CPAP anti-diver

DR. GANDAR
pneumologue
Bp. El Koubissi, Aghaj
Boulevard Des hôpitaux
Tél: 0522 860 444

Tel: 06.00.38.61 23

Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
Genétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2005260031

Mme Laila EL AFAF

Demande N° 2005260031

Date de l'examen : 26-05-2020

Analyses

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	PSAD (relèvement sang adult)	E25	E
CRP	CRP	B100	B
UF	UF	B80	B

Total des B : 180

TOTAL POSSIBLE : 360

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante dirhams, 00



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**



UNITED MED Sarl

«respiratoire» - Somme I

UNITED MED SARL
66 rue Annousour casablanca
Anfa 20140
tel 0522-279303
www.sdar.ma

FACTURE

DATE: 21/05/2020

facture 351/20

Mme EL AFAF LAILA

Description	P,UNITE	QT	TVA	TOTAL
Location d'appareil de ppc	500,00	1mois		500,00
Arrêtée la présente facture à la somme Cinq cent dirham				
RC 283273 T.P 37931275 CNSS 9413006 ICE 000216517000037 IF 14438918				

TOTAL 500,00 DH

★10119★
UNITED MED SARL
66, Rue Annousour 20140 Casa
Tel: 0522 2793 03