

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

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'Horizon
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° W19-466436

ND 36203

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : AM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme Khelid

Date de naissance : 08.09.1957

Adresse : 28 Lot AL ABIL MOHAMMEDIA

Tél. : 0668407177

Total des frais engagés : 756.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 Aout 2010

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

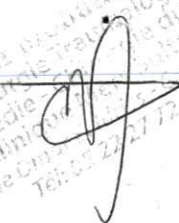

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 10 / 08 / 2010

Signature de l'adhérent(e) :

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	21/1/20		300,00
Pharmacie	21-1-20		456,-
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

VOLET DÉTACHABLE



Clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان



Casablanca, le 21 JAN. 2020

Dr. Mohamed Arssi
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
TRAUMATOLOGIE DU SPORT
CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE
CHIRURGIE ET MÉDECIN DU SPORT
TEL.: 0522 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42
GSM : 0661 18 25 00 - 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr

ORDONNANCE

NOM & PRÉNOM DU PATIENT :

Muhammad Alfi (20/20)

99,- Mydolex 500mg x 3 x 15j

99,- Oedes 20mg gelule
1 gelule / j x 15 jours

• ANDOL 500mg cp
1 cp x 3 / j x 15 jours

30 x 3,- Sedalgic
1 cp x 3 par jour

456,-

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الإدريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 26 79 42

64, BD Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

تلف : 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail : Info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -
CONTRACTANTE :
NOM DE L'ASSURÉ : LESIEUR
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : EL KHALFI FATIHA
18346320 / 73734

/ 752932/

CONTRAT N° : 9106 60 / 357000
CERTIFICAT N° : 2185878 MATRICULE : 343
DATE DE LA DECLARATION : 21/01/2020
DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85%	255.00
15	Pharmacie	456.00		456.00		85%	387.60
TOTAUX		756.00		756.00			642.60
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.