

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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

Nº P19-

050539

Optique *37468* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2192* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BENTAITTA* *Abd*

Date de naissance : *9.9.47*

Adresse : *20 RUE D'ALGER CASAB*

Tél. : *06 157 399 68* Total des frais engagés : *116.35 FR.S* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *BENTAITTA* *Abd* Age : *73*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *TRAITEMENT* *OPHTALMO*

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 : *24 AOUT 2020*

Signature de l'adhérent(e) : *ACCUEIL* *8.1.2020*

[Signature]

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-537686

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2192	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN TALHA MOHAMMED			
Date de naissance : 9.9.47			
Adresse : 20 RUE D'ALGER CASAB			
Tél. 0592 201806 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-537686	
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 : 2192 Nom de l'adhérent(e) : BEN TALHA MOHAMMED Total des frais engagés : 116.35 Dhs Date de dépôt : 20-07-2020	

SWISSE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
A. Arnoldi, pharmacienne responsable	12.5.20	110.75
Rue de Moillebeau 42 B	1209 Genève	10.6.20 34.85
		10.6.20 40.75
		11.6.35
Tél. 022 318 69 21 - Fax. 022 740.01.68		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433503</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21432552	D	00000000	00000000		35533411	11433503	B		
H	25533412	21432552														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433503														
B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Pharmacie Populaire

Moillebeau - 022 318 69 21

4.04.2020 15:54

Caisse 2

Conseillé(e) par : A. Perregaux Zawadzki

Monsieur
BENTALHA MOHAMED

TRAVATAN GTT OPHT 40 MCG/ML FL 2.5 ML		
1 * 34.85		34.85 #2
LACRINORM GEL OPHT TB 10 G		
1 * 5.90		5.90 2
ORDO MAROC		

TOTAL	EUR	37.75
-------	-----	-------

TOTAL	CHF	40.75
--------------	------------	--------------

RECU	CHF	100.00
RENDEU	CHF	59.25

Montant inclus CHF 0.00 TVA 7.7%

Montant inclus CHF 0.99 TVA 2.5%

No TVA CHE-107.858.378 TVA

Taux TVA: 1 = 7.7%, 2 = 2.5%, 3 = 0.0%

#: Rémunération basée sur prestations

Merci de votre visite !

Pharmacie Populaire
Moillebeau - 022 318 69 21

12.05.2020 14:20

Caisse 2

Conseillé(e) par : Sonia M.

Monsieur
BENTHALA MOHAMED

TRAVATAN GTT OPHT 40 MCG/ML FL 2.5 ML
1 * 34.85 34.85 #2

TOTAL EUR 32.25

TOTAL CHF 34.85

REÇU CHF 34.85
RENDE CHF 0.00

Montant inclus CHF 0.00 TVA 7.7%
Montant inclus CHF 0.85 TVA 2.5%

No TVA CHE-107.858.378 TVA

Taux TVA: 1 = 7.7%, 2 = 2.5%, 3 = 0.0%

#: Rémunération basée sur prestations

Merci de votre visite !

Pharmacie Populaire

Moillebeau - 022 318 69 21

10.06.2020 16:31

Caisse 2

Conseillé(e) par : Aude W.

Monsieur

BENTALHA MOHAMED

TRAVATAN GTT OPHT 40 MCG/ML FL 2.5 ML

1 * 34.85 34.85 #2

LACRINORM GEL OPHT TB 10 G

1 * 5.90 5.90 2

ORDO MAROC

TOTAL EUR 37.75

TOTAL CHF 40.75

RECU CHF 41.00

RENDU CHF 0.25

Montant inclus CHF 0.00 TVA 7.7%

Montant inclus CHF 0.99 TVA 2.5%

No TVA 6HE-107.858.378 TVA

Taux TVA: 1 = 7.7%, 2 = 2.5%, 3 = 0.0%

#: Rémunération basée sur prestations

Merci de votre visite !