

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.

Diagnostique 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.

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.

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- 045028

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5365 Société : 140560

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Vve

Nom & Prénom : FATIMA BASSING

Date de naissance : 17/06/1972

Adresse : 672 17/06/1972

Tél. 06 72 17 06 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 SEP. 2020

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) :

Signature

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

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0062904		 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 17 / 0062904

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 000 5365	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom ABDE RAHMAN SAHMOUD			
Fonction Décédé	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient BASSINE FATIMA		Date 08/08/2020 Date 1ère visite Contrôle (Hernie du foie ligas) 3 lanch
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age		
Nature de la maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Contrôle G.
PHARMACIE	Date 10 08 2020		VIA SERVICES 50 Angle Rue Oued Melloul & Rue Temouchent-Bouhal - Berrach Tél. : 0522 32 47 24 Gsm: 0661 47 73 83 Pharmacien
Montant de la facture	1200 dh		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		



مركز (الشفاء - برشيد)
CLINIQUE CHIFA - BERRECHID



060002557

ORDONNANCE

Berrechid le :

8/8/2020

M^e BASSINE Fatima

01 Plume en
Plume en
30 cm / 30 cm

VIA SERVICES
Rue Oued Mellouha
50 Angle Rue Oued Mellouha
& Rue Tamezouat Bouhail - Berrechid
Tél.: 0522 32 75 98
Gsm: 0661 47 38 83

Dr EL KAMIRI Belaid

Chirurgien
7, Lotissement Jaddah -
Berrechid
Tél.: 0522 32 75 98 Gsm: 0661 47 38 83

Lotissement Jaddah -
BERRECHID -
Tél.: 0522 32 75 98 Fax: 0522 32 80 81

VIA SERVICES

SARL AU

Code: CDC
CLIENT COMPTOIRE
MADAME BASSINE FATIMA

BERRECHID

FACTURE

Facture n°	Date	Mode paiement	Réf bon de livraison			
20200351	10/08/2020		20202625			
Code article	Désignation	Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC
61418	SURGIPLAK MICROVAL 30*30 PLAQUE POUR HERNIE LOT F03947A	1	1 200.00	0.00	20	1 200.00
<p>VIA SERVICES 50 Angle Rue Oued Malouiya & Rue Tamezroust Bourhal - Berrechid Tél. : 0522 32 47 24 Gsm: 0661 47 73 83</p>						
Total HT	Total TVA	Total TTC	Net à payer			
1 000.00	200.00	1 200.00	1 200.00			

1 / 1

RC: 12353 BERRECHID PATENTE : 43100367 I.F. : 31871681 CNSS : 1168167 ICE: 002180756000043

SARL AU CAPITAL : 100 000.00 DH SIEGE SOCIAL : 50 ANGLE RUE OUED MALOUIYA BERRECHID
TEL: 0522 32 47 24 FAX : 0522 53 31 41 MOBILE 0661 477383