

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0004144

ND: 50500

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00383 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELHOU S Sine Driss, Ahmed.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-04144

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 canalaires, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			
			Date du devis																
			Fin de																
Volet à coller sur le dossier		Volet à coller du praticien																	
Veuillez joindre le devis		attestant l'exécution																	
VOLET ADHERENT NOM: <u>BELHOUSSE DRISSI</u> Mle: <u>383</u>																			
DECLARATION N° <u>W18-400940</u>																			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																	
<u>23/11/20</u>	<u>558,80</u>																		
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		W18-400940	DATE DE DEPOT <u>23/11/2020</u>
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Nbre: <u>00383</u>	
Nom & Prénom: <u>BELHOUSSE DRISSI Ahmed</u>		Signature: <u>Belhoussine Drissi</u>	
Fonction: <u>RETRAITE</u>	Phones: <u>0662472138</u>		
Mail: <u>A. belhoussine@gmail.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient: <u>Belhoussine Drissi Ahmed</u>	
Adhérent: <input checked="" type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Enfant	Age: <u>76 ans</u>	Date: <u>23/10/2020</u>	
Nature de la maladie: <u>...</u>		Date 1ère visite: <u>...</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes: <u>Ce</u>		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
			<u>300,00</u>
PHARMACIE		Date: <u>24.10.20</u>	
Montant de la facture: <u>258,80 DH</u>		PHARMACIE AL ANDALOUS Dr. Benjelloun Tadj 118, BOULEVARD MOHAMED TEL: 0539 94 69 0	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: <u>...</u>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
MUPRAS ACCUSE 13 DEC 2020			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date: <u>...</u>	
Nbre	Montant détaillé des honoraires		
AM	PC		

Dr. BENZEKRI Abdelaziz

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE
DU NEZ, DE LA GORGE ET DES OREILLES
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU - ENDOSCOPIE

Diplômé et ancien attaché à la clinique O.R.L.
de la Faculté de Médecine de Lille (FRANCE)

الدكتور بنزكري عبد العزيز

إختصاصي في أمراض وجراحة
الأنف - الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق
الفحص بالشعاع الداخلي
طبيب ملحق سابقاً بالمستشفى
الجامعي بليل (فرنسا)

23/10/2020

BOEL HOUSSEINE DRissi Ahmed.

28,20

LOREUS

Bt de 30

1 cp le soir au coucher
x 14 jrs

57,00

DI CYNONE 500

1 cp 3 fois par jour x 7 jrs

123,60

ELIXONATE

1 pulv. matin le soir
au coucher x 2 jrs.

PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benzekri Abdelaziz
118, BOULEVARD MOHAMED
TANIEB
TEL: 05 39 93 60 77 - TANGER

28,18

ICE : 001918496000063

DR. A. BENZEKRI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
7, Rue Khalid Ibn Oualid
Tél: 0539 93 60 77 - Tanger

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 123,60 DH
ID : 637164
6 118001 140299

INP : 161030648

LOREUS[®] 5mg

Desloratadine

30 Comprimés
Pelliculés
Voie orale

bottu^{ra}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebdia - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 78DH20
PER: 03/22
LOT: J739-3



ملف 500 دیسیلون

اطامسیلات

20 قرصا

57,00

