

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-598828

53143

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAKKI HASSAN
 Date de naissance : 18/11/56
 Adresse : Inana I, Rue 32, N° 43 lot D'HAR
 An choc
 Tél. : 0665789670 Total des frais engagés : 126,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Bachou

Date de consultation : 12/11/20
 Nom et prénom du malade : CHAKKI HASSAN 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° W19-598828

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 :

RELEVÉ 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



PHARMACIE AL MEHDIA

Tel : 0522 501530

LE 12 /11/2020

FACTURE : Mr CHAKLI HASSAN

Qté	Désignation	Prix Public De Vente	Total
2	ELUDRIL BB	17.70	35.40
2	ASPEGIC 500MG	27.20	54.40
1	BAYCUTENE CREME	22.70	22.70
1	CETAMYL 500MG STS	14.30	14.30

TOTAL T.T.C :

126.80 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

CENT VINGT SIX DIRHAMS ET QUATRE VINGT CENTIMES.

Pharmacie AL MEHDIA
Lot. Mehdia Rue
Ain Chock Casa
N° 89 Bis Inard
Tel: 05 22 50 15 30

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V : 17DH70
LOT : 20E017
PER : 05 2023
6 118000 010548

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V : 17DH70
LOT : 20E008
PER : 12 2022
6 118000 010548

ASPEGIC 500MG
SACHETS B20
P.P.V : 27DH20
LOT : 19E003
PER : 12 2021
6 118000 061090

ASPEGIC 500MG
SACHETS B20
P.P.V : 27DH20
LOT : 20E009
PER : 04 2022
6 118000 061090

إكزوميدين
عابر للجلد
إكزاميدين
14,100



Hexomédine®
transcutanée

Hexomédine®
flacon de 60 ml

6 118000 180388

flacon de 60 ml

CETAMYL®

Paracétamol 500 mg
Boîte de 10 sachets

P.P.V : 14.30 DH

6 118000 190257

LOT :

PER :

PPV :

Baycutène N°15 g
Crème

6 118000 170075