

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-445007

N°D
14993

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 14 09 57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 6661373313 Total des frais engagés : 816 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIARI MINA NEFSAIZI Age :

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

Nature de la maladie : Tension + diabète

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 : 02 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) : Le : 02 JAN 2020

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
	30/05/2021	826,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

97,90

Redip 20

30 Comprimés pelliculés

LOT: 010
PER: JAN 2021
PPV: 140 DH 00

LOT: 012
PER: MAI 2021
PPV: 140 DH 00

GALVUS MET® 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION																	
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	00000000	D	00000000	00000000	00000000	G	00000000	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		H	25533412	21433552	00000000																
D	00000000	00000000	00000000																		
G	00000000	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

صيدلية الكوثر

PHARMACIE AL KAWTHAR

Dr Khalid LOUAFI

247, Av. Allal Ben Abdellah

Hay Chemaou - Salé

Tél. : 037. 84.45.65



le 30/12/19

Facture N° 0057/19

M. K.F.I.R.E. J.A.O.U.A.O.

Qté	Produits	P.U.	P.T.
2	Valphn 160	140,00	280,00
2	glomérine de 1g	29,30	58,60
1	Ridhip 20	97,60	97,60
1	balvus 50	390,00	390,00
<p>247, Av. Allal Ben Abdellah Hay Chemaou - Salé</p> <p>Pharmacie AL KAWTHAR</p> <p>Dr. Khalid LOUAFI</p> <p>Tél. : 037. 84.45.65</p>			
<p>صيدلية الكوثر</p> <p>Pharmacie AL KAWTHAR</p> <p>Dr. Khalid LOUAFI</p> <p>247, Av. Allal Ben Abdellah Hay Chemaou - Salé</p> <p>Tél. : 037. 84.45.65</p>			
Total		826,20	