

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-513591

17237

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1014</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENAISSA</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
08 JAN 2020	
Nom et prénom du malade :	
Age:	
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) : 

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
BROITE	12 13 14 15 16 17 18				
HAUT	21 22 23 24 25 26 27 28				
GAUCHE	29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				
SAS					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	Montant des soins Date du devis Fin de
BROITE	12 13 14 15 16 17 18				
HAUT	21 22 23 24 25 26 27 28				
GAUCHE	29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				
SAS					
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM :			Mme
DECLARATION N°		W18-390320			
Date de Dépot	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					



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

W18-390320

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 10/14

Nom & Prénom BENAISSA Abdelfakher

Fonction Retraité Phones 0668744056

Mail benais.kd@qmail.com

MEDECIN

Prénom du patient Azzouz Fadha

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 16/01/2014

Nature de la maladie Bronchite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		150,-

PHARMACIE

Date 16/01/19

Montant de la facture

T :	135.40
-----	--------

ANALYSES - RADIOPHARIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام

خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 2019 الدار البيضاء، في :

Azzouz Faouzia

55,00

- Amoxicil 1g. (S)

18,00 MFT 21 g (S)
- Paracetamol

42,00 Alat 5+31 g

- Prednisolone prise quotidienne (S)

24,40 34 - de prise quotidienne (S) 500

- Cognaczedal para 1MFT 2 (S)

139,40

DR BOUDAD LATIFA
Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70 60

A. جزئية النعيم، الشقة 3 - الألفة - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 91 32 44 - المحمول: 06 66 26 70 60

PHARMACIE
RESIDENCE ANNAÏM
4, Résidence RESIDENCE ANNAÏM
Tél: 05 22 89 45 09 - El Oulfa
Casablanca

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

12,00

PPV: 55,00 DH
LOT: 620042
PER: 02/21

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV. :

18,00
pulmofluide®
simple

6 118000 02036

Non rembourser
12 SUPPOSITOIRES ADULTES
COQUILLE SAUZAL MARCHETAL 500

A DULTES
12
ux
suppositoires

LOT 190641
EXP 03/22
PPV 24,40 DH