

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

- Reclamation : 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 - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L6) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie **MSR**

N° W19-514817

ND° = 17521

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8929** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : **ZANLANI ABOELWALIM**

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 : **MSR**

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° W19-514817

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

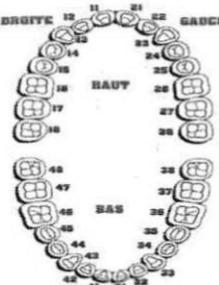
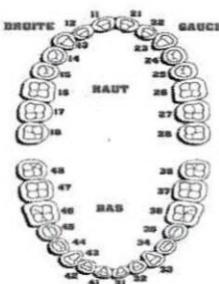
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

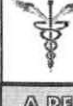

Matricule :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Fin de <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px 0;">H</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 5px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 5px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 5px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 5px 10px;">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px 0;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px 0;">G</td> </tr> </table>		D	G
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
D	G															
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la profession														
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														
✂																
VOILET ADHERENT	NOM :	Mle														
DECLARATION N°	W18-390353															
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																

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d' Actions Sociales de Royal Air Maroc	W18-390353	DATE DE DEPOT/...../201.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie 8979
Nom & Prénom LAHLALI Abdelhak		Signature de l'adhérent: 
Fonction CDB	Phones 0661322370	
Mail LahGlibani@gmail.com		
MEDECIN		Prénom du patient Youssif
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 18ans	Date 25/06/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Affet du ado.		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
C		C
		Montant détaillé des honoraires
		250,00 dh
PHARMACIE		Date 28/06/19
Montant de la facture		
262.50		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr M. EL KASSOUANI
DERMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Poitiers - France

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Maladies sexuellement transmissibles

الدكتور م. الكسواني
طبيب اختصاصي
خريج كلية الطب بواتي - فرنسا

- أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- جراحة الجلد و الأظافر
- الأمراض التناسلية

Pharmacie RABAH MOUSTANAD
Rabat - Morocco
Docteur M. EL KASSOUANI
Lot. Al Moustaqbal Pharmacy
Sidi Maârouf - Casablanca
Tel/Fax: 02 55 55 55 55

Casablanca, le : 25/06/19

L'enfant Younef LAHLALI

37.50

① - Septopom Spray

40.50

② - Effiant Hydrophile Gel

26.50

- Topique Gel

159.00

- Kérivon DS Shampoo Anti-

2162.50 pelliculaire La Roche Posay

Effi Purifiant

LOT: 0055
PER: 02-22
HPC: 37.50 DH

LOT: 0044
EXP: OCT 2020
PPV: 40.50 DH

TOPSYNE GE
FLUOCINONIDE