

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

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° P19- 0040544

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1606 Société : 17591

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATWA S. PRI veuve Kesly

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) : ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-040544

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin de

VOLET ADHERENT NOM : SETI FATH Mle 1606

DECLARATION N° W16-091786

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

W16-091786

DATE DE DEPOT

22/01/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 1606

Nom & Prénom Seti Fath

Fonction : Veuve Phones 93 01

Mail : _____

MEDECIN Prénom du patient : _____

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age : _____ Date 15/11/2020

Nature de la maladie : _____ Date 1ère visite : _____

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

Nature des actes : C, HFO Nbre de Coefficient : 309 Montant détaillé des honoraires : _____

PHARMACIE Date 15/01/2020

Montant de la facture : 355,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : _____

Désignation des Coefficients : _____ Montant détaillé des Honoraires : _____

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____

Nombre : _____ Montant détaillé des Honoraires : _____

AM PC IM IV

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte

Ancien Médecin Résident Etranger

de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

(28,80 x 3)

STFF Titra

Stella

22,40

Caxitrol (pde) 1 tube

246,40

Relairar Ilub crème

355,20

la pph, f - le soir
le crecher
la pph, f - le soir
le crecher

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr) - Casablanca

Tél. : 05 22 26 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamhani@yahoo.fr

BAUSCH+LOMB

Artelac®

Hypromellose 3,20 mg/ml

Date fab / تاريخ الإنتاج

Exp. / انتهاء الصلاحية

Lot / رقم العبوة

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805

BAUSCH+LOMB

Artelac®

Hypromellose 3,20 mg/ml

Date fab / تاريخ الإنتاج

Exp. / انتهاء الصلاحية

Lot / رقم العبوة

ZENITH Pharma

6 118001 270521

PPV : 23,80 DH

ZENITH Pharma

6 118001 270521

PPV : 23,80 DH

ZENITH Pharma

6 118001 270521

PPV : 23,80 DH

Steripharma

PPC: 246,40 dh

ilast
Care