

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

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

17591

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1606

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATHWA Sefri 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 aura 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19- 0040544

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

ACCUEIL

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 canalaires, 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
				Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins
	D	H	G	
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin de
VOLET ADHERENT	NOM : <i>Sefri Fatma</i>			Mle <i>1606</i>
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		W16-091786	DATE DE DEPOT
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		<i>27/01/2020</i>	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle <i>1606</i>			
Nom & Prénom <i>Sefri Fatma</i>			
Fonction : <i>Veuve</i>		Phones : <i>93.01</i>	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date <i>15/11/2019</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>Affilé à la</i>		Date 1ère visite	
PHARMACIE		Date <i>15/01/2020</i>	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date : <i>355,20</i>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <i>ICE: 001703342000085</i>			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le :

(28,80 x 3)

SEFT fibra

X Réla

AS

fibra

22,40

X 5/

AS

Dr. en Pharmacie IDEAL
N. NIMA
N. NIMA
Dr. en Pharmacie de Paris V
27, Rue Jafar Ilyou Attia Bourgogne
Tél. 05 22 26 66 77 - Fax: 05 22 26 66 77
Cafabacca

Caxitul (pde) 1 tube

246,40

AS

Rélaclar tube crème

la application palpable

355,20

le soin cravat

le cheveux

24. زفة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورگون. الدار البيضاء

الهاتف: 51 / 05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr), Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmhamdani@yahoo.fr

BAUSCH + LOMB

Artelac®

Hypromélose 3,20 mg/ml

Date fab / 20/07/2019

Exp. / 04/2022

Lot / 1000



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

BAUSCH + LOMB

Artelac®

Hypromélose 3,20 mg/ml

Date fab / 20/07/2019

Exp. / 04/2022

Lot / 1000

ZENITH Pharma

6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

ZENITH Pharma

6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

Steripharma

PPC:246,40 dh

Ilast®
Care