

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

- 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LQ) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519312

AB = 19180

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5521 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Naudine Kellogg

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-519312

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 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 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux | Montant des soins | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | Date du devis | | | | | | | | | | | | |
| | | Fin de | | | | | | | | | | | | |

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

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

W18-374713

DATE DE DEPOT

...../...../201...

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle | SS2A |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------|
| Nom & Prénom | | ICALICME Nmeddine | |
| Fonction : | Phones..... | | |
| Mail | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | | Age | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | |
| Anxiété + elab femme | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| C | | 102 m | |
| PHARMACIE | | Date | |
| Montant de la facture | | 24/10/2019 | |
| 44,2 | | 264100 | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | | |
| SAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| PC | IM | IV | |
| | | | |



PHARMACIE CHAMA
S. Lot Océan 176 - Sidi Rahal
Tel : 05 16 91 43

Dr. Redouane EL ARP

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

LOT : 9MA111
PER : 11 2021

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le :

24.12 2019

في: الدار البيضاء

1 CALICIN 8 N médiane

PPC : 55,00 DH

108,00
J. Stun

10 mg

55,00
KINTEX Smp
164,00

37 NARSEE S 24,00
(S.V) 1 S 24

49 No. Dolfe 20,00
(S.V) 10 mg

7 Relaxol Smp
15 mg

PHARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum-Rabii
Oulfa - Casablanca

Dr. El ARP Redouane
Médecine Générale
141, Lot. Had. Farel R.D.
N°2 El Oulfa - Casablanca
Tél : 022.93.03.09

PPV 24DH00

Lot:

DS06/19

DLC:

06/2022

P.P.C : 109,00 DH