

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

- Réclamation : 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 - 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- 060303

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8639 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HALKAJVI ABDECCA H

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 73 79 15 10 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 :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <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> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(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
---	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-351749	
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

W18-351749

DATE DE DEPOT

14/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle	8639
Nom & Prénom	EL HAKKAOUI ABDELHAKIM	
Fonction	Tech. Avion	Phones. 0673721510
Mail	melhakoui@royalairmaroc.com	

MEDECIN	Prénom du patient	EL HAKKAOUI ABDELHAKIM
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date 29 JAN 2020	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
E		120,00

PHARMACIE	Date	29/01/2020
Montant de la facture	168,30	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
AM PC IM IV		

EL HAMMOUZI Abdelaziz
Rés. Val Rosa "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd. Méditerranée - Belvédère
Tél. 06 22 24 55 55 - Casablanca

PHARMACIE DU CONSEIL
Docteur BABA Fatima
637, Bd. Mohamed V
Tél. 06 22 24 94 60 - Casablanca

CACHET

CACHET



Casablanca, le: **29 JAN 2020** في: الدار البيضاء

Mr EL HAKKARI Abdellah

126.30
Augusti 15 x 6
9.00 x 8
Zyntec 10 x 4
14.1
H2 300
Pred 20 x 4
3.4 x 8
47 Pectyl L Strip
16.80 x 8

PPV: 126,30 DH
LOT: 620044
PER: 03/21



LOT N°:

UT. AV:

PPV:

42,00.

= 168.30

Dr. EL HAMMOUYI
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd Med V - Beldredere
Casablanca
Tél: 05 22 24 55 55