

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

- 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 95 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com)



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

Déclaration de Maladie

N° W19-512283

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07565 Société : RAT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAALANI Mustapha
 Date de naissance : 05/05/1960
 Adresse : 47 Rue Jaafar Ismaïlia Rte Elhamd Etg2
 App 03 Bourgogne Casablanca
 Tél : 06 68 96 51 92 Total des frais engagés : 428,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/2019
 Nom et prénom du malade : ABOUL HADI Souad
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint
 Nature de la maladie : Douleur articulaire
 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 : Casa

Le : 24/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

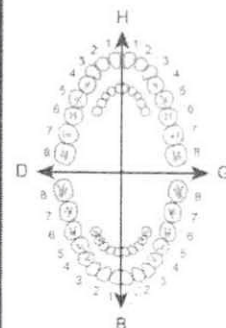
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24.12.19	C5		300	INF : INPE 091164574 (Signature et Cachet du Médecin)

Dr. Houssem BOUARMANE
Chirurgie de la main - Orthopédie du Genou
71, Bd. d'Anta - Tel : 0822 200 245

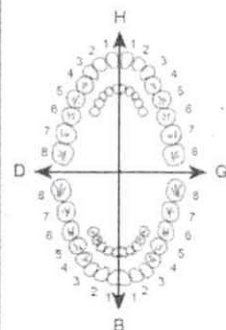
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE IDEAL</p> <p>N. NIEMA</p> <p>Pharmacie de Paris V</p> <p>100 rue de la Bourgeois</p>	24/12/2019	<p>128.80</p> <p>E: 001703342000085</p>

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
----------------------------	--

MONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد - جراحة الركبة

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou
Expert en Evaluation des Dommages Corporels

LE 24/12/2019

MME ABOULHADI SOUAD

39,00

1/ MEFSAL 15



1- 0 - 0 Après repas pendant 10 j

031619 05/24
PPV 37DH00

37,00

2/ DULASTAN



1- 0 - 2 Après repas pendant 7 jou

52,80

3/ PRAZOL



PPV: 52DH80
PER: 11/21
LOT: I956-4

1- 0 - 0 Avant repas pendant 10 jours

128,80

PHARMACIE IDEAL
N. NIIMA
Dr. en Pharmacie de Paris V
21, Rue Jéfar Ibnou Attia Bourgogne
Tél: 0522 20 14 86 - Casablanca
ICE: 001703342000085

الدكتور حسام بويرمان
Dr. Houssam BOUYARMANE
إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou
71, Bd. d'Anfa - Tél: 0522 200 245