

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 rééductions.
 - 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

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



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

Déclaration de Maladie

11231 N° W19-518296

Nº W19-518296

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	23135	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)				
Matricule :	1234	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : El Amani My Abdellah				
Date de naissance :				
Adresse :				
Tél. :	Total des frais engagés		Dhs	

Cadre réservé au Médecin	 DR. CHAKIB SEKAI Urgoniste Mohamed SEKAI Situation Ain Chark		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	14/01/2020		
Nom et prénom du malade :	EL ABDANI SARAH		
Age :	24		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Geste proulente famille		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	URPA		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	28 FEV 2020		

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) :

RELEVE 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
14/02/2020		2	100,00 D.H.	INP : 0000000000000000 Dr CHAKIB Abde Urgentiste Hôpital Mohamed S Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL DIOURI MOHAMED Diori Taza - Casablanca - INP : 092003896	14-02-2020	243,73

ANALYSES - RADIGRAPHIES

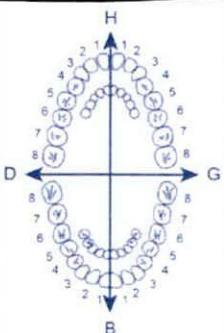
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

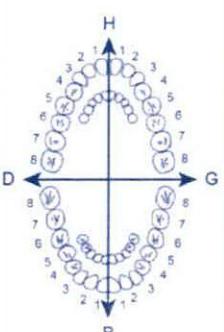
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	35533411
B	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'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Ordonnance

de 14/08/2016

PHARMACIE AL AZHAR
DIOUAT MOHAMMED
133 Bd. Taza Hay Niyi, Abdellah
Casablanca - Tel: 0522 215 960
INP: 092003895

SARA-

1) Alevi Sabet
N.B. 100%

S.V.

N.S.B.

PHARMACIE AL AZHAR
DIOUAT MOHAMMED
133 Bd. Taza Hay Niyi, Abdellah
Casablanca - Tel: 0522 215 960
INP: 092003895

LOT : 6570
PER : 11-21
P.P.V : 187DH00

LOT: A090415
PER: 06-2022
PPV: 33,00DH

2) Spectrum ject amecalane
S.V.
dose 1 x 21, 1 x 15,

LOT : 1005
UT. AV : 01-22
P.P.V : 23 DH 50

3) Algofen 200mg ✓
1 x 15, 1 x 15

S.V.

Dr. CHAKIB Abdelaziz
Urgentiste
Hôpital Mohamed SEKKAT
Délégation Ain Chock
Date de 13/08/2016

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE

HOPITAL

VILLE

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
C	20	
TOTAL		40.00

Quittance N° 00600505/J

Cachet du Service

Le 14/02/2020

Signature du Régisseur