

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4814 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAJD Mohammed

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 : Majd KHADIDJA 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-047351

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
 DROITE HAUT BAS GAUCHE					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
 DROITE HAUT BAS GAUCHE		H D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>			

VOLET ADHERENT	NOM:	Mme MAJD MOHAMED	Mme Li714
DECLARATION N°		P 14/0018194	 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
7-01-2020	408,60 + 150	3 Pièces	<i>Cachet MUPRAS</i>
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			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 404814#	
Nom & Prénom		MAJD MOHAMED	
Fonction	Retraitee	Phones 0678.99.43.62	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	MAJD KHAOIJAH	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie			
<i>Affection rhumato - HTA</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	
		Montant détaillé des honoraires	
C		A 150DH	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
<i>Signature et cachet du pharmacien</i>			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date 20/01/14	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
P 290		408,60 + 150	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		408,60 + 150	
<i>INPE 091163075 CACHET</i>			

Laboratoire BORJ EL BERNOUSSI d'Analyses Médicales

DOCTEUR Abdeladim TAKI IMRANI : Pharmacien Biologiste, Diplomé de l'Université libre de Bruxelles
BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE - VIROLOGIE

612, Bd Souhaib Aroumi - Sidi EL Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 73 32 49 - Fax : 0522 75 79 84
ICE : 001626088000055 - R.C. CASA : 360178 - PATENTE : 316384432 - C.N.S.S : 2928309
I.Fiscal : 36000150 - INPE : 097163075

FACTURE N° : 200000370

CASABLANCA le 20-01-2020

Mme MAJD Khadija

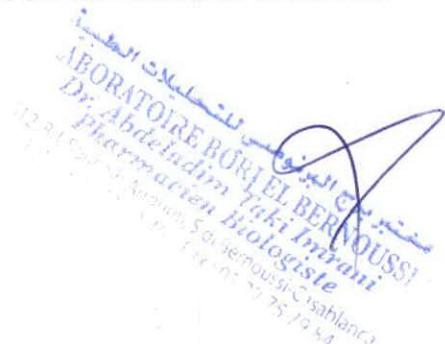
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Triglycérides	B60	B
	Vitesse de sédimentation (VS)	B30	B
	LDL direct	B50	B

Total des B : 290

TOTAL DOSSIER : 408.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent huit dirham soixante centimes.



Dr . MABROUK Sanaa

MEDECINE GÉNÉRALE

- Diplôme Universitaire d'Échographie Générale de la faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme Universitaire de Gynécologie infertilité et suivi de Grossesse (Bordeaux - France)
- ECG
- Cupping Thérapie



الدكتورة مبروك سناة

6417 PPV 49.40 DH

العمق عند الزوجين، و لقحة الحمل

49,40

49,40

Casablanca, le ١٠/٠١/٢٠٢٠. اراليضاء في.

MATD

RHADIJAH

49,40x3

1)

Ancard

5 mg

14ij le matin

opi le repas

03mlu

188,7

2)

Cardiolum

1 pincij

01 mlu

$\delta = 276,90 \text{ DH}$

DR. MABROUK SAN
MÉDECINE GÉNÉRALE
Echographie ECG
Tél : 05 22 74 15 89 - CAB

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholecalciferol (Vitamine D)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

PPV : 128,70 DHS

6 118001 440061