

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1081 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Mu ABDAN Ralma efs ABAD

Date de naissance :

Adresse : Riadouche EL Youssef 144 HH. HPT N° 6

Hay ESSALAH (CIL)

Télé : 06 69 26 36 79 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABAD Ralma

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

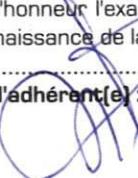
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 5 MARS 2021 Le : 5 MARS 2021

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE OULMES ARAKI HAKIMA ANGLE BO GHANDI ET EL MANSOUR 360806	01/03/21	1628,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

Facture N°: 455 526

Ref N°: 01/03/21/ 39

Client: Client Comptoir *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
GLUCOPHAGE 1000MG	CO	4	28,00	112,00
NEBILET 5MG	CO	2	87,50	175,00
ODIA 2MG/30COMP	CO	1	40,00	40,00
XARELTO 15MG/14COMP	CO	2	529,00	1 058,00
ASPEGIC 100	PG	2	21,80	43,60

Total à Payer: 1 428,60

La présente facture est arrêtée à la somme de:

MILLE QUATRE CENT VINGT HUIT DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES###

Le : 01-mars-2021

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps
P.P.V 529,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090778

Vain maladie by dmée

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps
P.P.V. : 529,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090778



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le CHT 04, 013/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: Mme AGRAR flâma Mme Jossé.

Certifie que Mlle,Mme,M R ABAS. Benchaïd (Conjoint)

Présente Le 4 mois Tous les mois

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance: GLUCOPHAGE 1000 mg - NEBIL ET -
XARELTO 15mg - COAPROVEL 300/125 mg.

(A défaut noter le traitement prescrit).

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76



SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com