

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.

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.

Éducation :

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 caractére personnel.

MUPRAS : Centre Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3526 Société : 63569

 Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : DAHAN

Abdolkabin

Date de naissance :

Adresse : 15 RUE IBNO TOFAIL HAY YASSINA

BERRECHID

Tél. : 06.24.15.16.26

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS
1 MARS 2021
ACCUEIL

Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : _____

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.

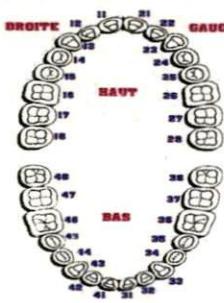
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____

Le 17/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : _____



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES				
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			
	H D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553		
(Création, Remont, adionction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
Visa et cachet du praticien attestant la devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		
VOLET ADHERENT	NOM :		Mle	
DECLARATION N°	W18-359601			
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		W18-359601	DATE DE DEPOT
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	/...../201...	
A COMPLIR PAR L'ADHERENT Mle		Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		Signature de l'adhérent	
Fonction :	Phones.....		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
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	
PHARMACIE Date 17-03-21		Montant de la facture 43,60	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
3000.0000 (E)			

Signature et Cachet du Médecin

CACHET

CACHET

PHARMACIE SARY - Berrechid



ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

Facture N° 20210317-916

Date de vente : 17/03/2021

Médecin traitant :

DAHANI ABDELKBIR

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLOSTOP CO 1G B8 COMP EFFER	1	14,80	TVA (7.00%)	14,80
RENNIE CO 680MG/80MG B36 COMP PM	2	14,40	TVA (7.00%)	28,80

Total HT	40,75 DHS
TVA	2,85 DHS
Total	43,60 DHS

La présente facture à la somme de : quarante-trois DHS et
soixante centimes

صيدلية ساري
PHARMACIE SARY
99 . Bd Brahim Roudani
BERRECHID
Tel : 05 22 33 61 86