

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0005797

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 884 Société : 65103

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : CAM

Nom & Prénom : Boudja F. M. M.

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 : 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-005797

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.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																									
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																								
				Montant des soins <input type="text"/>																								
				Début d'exécution <input type="text"/>																								
				Fin d'exécution <input type="text"/>																								
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H			G																								
	25533412	21433552																										
00000000	00000000																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																										
		Fin d'exécution <input type="text"/>																										
Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant <u>l'exécution</u>																										

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
DECLARATION N°			P 17 / 048475	 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 048475

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0884
Nom & Prénom		TALM IDDER
Fonction	RETRAITE	Phones 0642608341
Mail		
Signature de 		
MEDECIN	Prénom du patient IDDER TALM	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	66 ANS	
Nature de la maladie	Date 25 FEV 2021	
Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Consultation		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE Date Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date 01/03/2021 Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires		

Docteur IDRISSI Montala
 Ophthémologiste
 Hopital Hassan II - AGADIR
 INP : 041227701

Signature et
 cachet du
 Pharmacien

N° 94 Av Ghandil El Qods AGADIR
 34000

Jinane OPTIQUE

Opticien - Optométriste - Contactologue

CODE INPE : 045021664

Le 01/03/2021
N° 94 Av Ghandi - El Qods AGADIR

FACTURE N° 37/2021

Prescription Des Lunettes: IDDER TALBI
Ordonnance Du Docteur : IDRISSI MOUSTAFA

Loin	OD OG	Près	OD OG
D.F	OD OG ADD	PROG.	OD $(-1.00 \div 60) + 2.00$ OG $(-1.25 \div 70) + 2.25$ ADD + 3.00

LUNETTE	<u>BIAGGI</u>	COULEUR	<u>GRIS</u>	PRIX	<u>700.00</u>
TYPE DE VERRES	<u>progressif organique ARPHG</u>				<u>1500.00</u>
TOTAL					<u>2200.00</u>

Arrêté La Présente Facture à La Somme de :

Deux Mille Deux Cent 00

Signature

JINANE
OPTIQUE
Opticien - Optométriste
Tel: 06 11 92 86 97
N° 94 Av Ghandi - El Qods AGADIR

Adresse : Nr 94 av.Ghandi quartier El Qods Agadir /Tel:06 11 92 86 97

Email: jinane.optique@gmail.com

R.C : 71142 . I.F : 31838878 . ICE : 002179060000051 . PATENTE : 48101440

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)



NOM : TALBI

PRENOM : IDDER

OD : $(-1.00 \text{ a } 60^\circ) + 2.00$

OG : $(-1.25 \text{ a } 70^\circ) + 2.25$

EP : ADD + 3.00

AGADIR Le : 25 FEV 2021

CACHET et SIGNATURE

Mentur
+
Progressif AR PAG

Docteur IDRISSI Mostafa
Ophtalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR