

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-587499

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1285 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CABRANE Abdelhak
 Date de naissance : 01-01-1948
 Adresse : KAMAL II BLOC A Et. M8 SETAT
 Tél. : 0664 456419 Total des frais engagés : # 828,60 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 Juin 2021

Nom et prénom du malade : Cabrane Abdelhak Age : 65 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : SETAT Le : 04 Juin 2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

04/06/2021

C

1500 DH

INP: 061201533

INP: 061201533

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Tél.: 023 40 28 39

04/06/2021

678,60 DH

INP: 061201533

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, la nature des soins, la nature des soins.

Important :

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

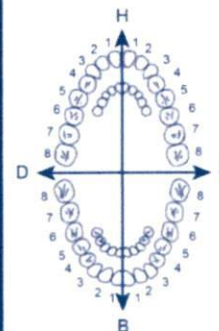
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 061201533



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

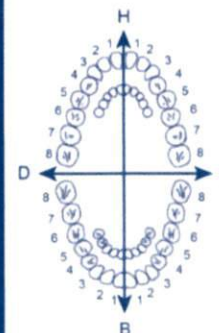
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

Dr. Fatima Ezzahra FAIZ

Médecine Générale
Echographie

Nutrition et Diabète, Obésité
Cholestérol, Maladies Rénale

الدكتورة فاطمة الزهراء فائز
الطب العام
الفحص بالصدى
التغذية والسكري السمنة
لرول أمراض الكلي

Ordonnance

Settat, le 04 Juin 2021

Nom et Prénom du malade :

Alexandre Zahra

68.90x4 2) Fludex 4L (SV)

21.80x6 2) Aspegic 100 (SV)

101.80 101.80 101.80x2 3) Coveraylor (SV)

68.60 678.60 4) Heparat (SV)

68.60 678.60 5) Heparat (SV)

68.60 678.60 6) Heparat (SV)

68.60 678.60 7) Heparat (SV)

LOT : 20E011F
PER.:05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.:21DH80
6 118000 061113

LOT : 20E011F
PER.:05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.:21DH80
6 118000 061113

LOT : 20E011F
PER.:05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.:21DH80
6 118000 061113

LOT : 20E011F
PER.:05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.:21DH80
6 118000 061113

LOT : 20E011F
PER.:05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.:21DH80
6 118000 061113

LOT : 20E011F
PER.:05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.:21DH80
6 118000 061113