

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.

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

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° M21- 0060032

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3100 Société : 76033

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BATA SBA CAJACHU

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 :

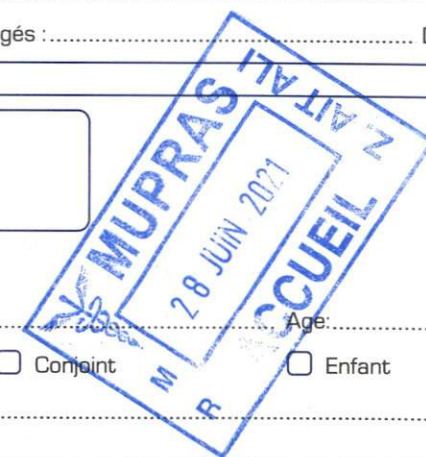
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000		G		35533411	11433553	Montant des soins
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
00000000	00000000														
	G														
	35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de													

VOLET ADHERENT		NOM: <u>LAYACH BATASSA</u>	Mle
DECLARATION N°		W18-383585	
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

W18-383585

DATE DE DEPOT

...../...../201...

EMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Prénom <u>BATASSA LAYACH</u>		
Adresse : <u>3100</u>	Phones: <u>06 55 15 52 20</u>	
Mail <u>BLOCH LALLA MARIAM 162 CORD</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>BATASSA Layach</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>2021</u>
Nature de la maladie <u>AVC + HHT</u>		Date 1ère visite <u>25</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <u>C</u>	Nbre de Coefficient <u>1</u>	Montant détaillé des honoraires <u>150.00</u>
PHARMACIE		Date <u>25/06/2021</u>
Montant de la facture <u>2592,80</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur SANDAOUI Mostafa

الدكتور سنداوي مصطفى

Medecine Générale

الطب العام

Ancien Médecin à l'Hôpital AL Hassani

طبيب سابق بمستشفى الحسني

Nador

الناظور

356, Av. Chouhada (en Face Cinéma Saâda)

356, محج الشهداء (مقابل سينما السعادة)

Hay Mohammadi - Casablanca

الحى المحمدي - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 60 20 20

الهاتف : 05 22 60 20 20

125 JUN 2021

BATASPA Layachi

113,50 x 4

11 Cromadine Roll

227,00 x 4

lyf dent x 4 ms

Carbide Ap mo

99,00 x 4

lyf dent x 4 ms
LO Nor 201

108,00 x 4

lyf dent x 4 ms

Dampit wire to

561,00 x 14

lyf dent x 4 ms

Nicotinyl n=14

lyf dent x 4 ms

Dr. SANDAOUI Mostafa
Medecine Générale
356, Av. Chouhada
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél.: 05 22 60 20 20

3460 6/ Larilin
x6

My 1 x 47

3450 71 phosphatidyl
x6

neg

13+27

= 2592,80

~~Dr. SANDAOUI Mostafa
Médecine Générale
356 Av. "21" El Fakhriya Sidi
Har Mohammedi - Tel. 60-20-2
CASABLANCA~~

PHARMA
MARCHE CRIO SARL AU
N°10 Bloc 08 Lalla Mériam
Casablanca
Tél / Fax: 05 22 56 44 17

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

aspirine 100 mg/30cps
acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



LOT: 20078
PER: 03/2023
PPV: 113,50 DH

LOT: 20104
PER: 05/2023
PPV: 113,50 DH

LOT: 20104
PER: 05/2023
PPV: 113,50 DH

LOT: 20105
PER: 05/2023
PPV: 113,50 DH

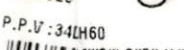
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V. : 34DH60



PPV : 34DH50
PER : 11/23
LOT : J3179

PPV : 34 DH 50
PER : 11/23
LOT : J3108

PPV : 34DH50
PER : 01-23
LOT : J175

PPV 34DH50
PER 10-21

PPV : 34 DH 50
PER : 07/23

PPV 34DH50
PER 05-21

108,00

108,00

108,00

108,00