

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.

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 063500

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2818 Société : 27283

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALIL IBRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061-291280 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

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W21-633004

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09818 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHALIL IBRAHIM
 Date de naissance : 01.09.1971
 Adresse : 18 rue HENRI ROUSSEAU, STG 3, Apts
 Casablanca
 Tél. 0661231280 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : KHALIL IBRAHIM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension artérielle
 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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casa Le : 22/06/2021
 Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-633004

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :

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
24.01		vo. n. b.	122,0 F	
20.21		2964		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

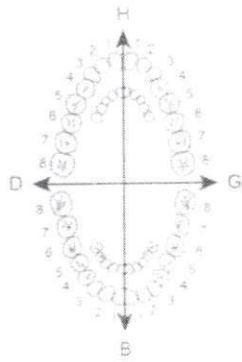
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

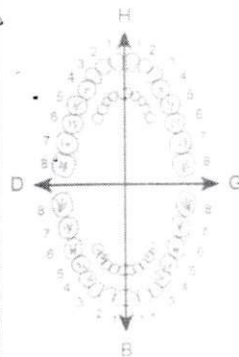
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>05533412</td><td>01433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>05533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		05533412	01433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	05533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX						
	H																					
	05533412	01433552																				
	00000000	00000000																				
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	05533411	11433553																				
	B																					
	<table><tr><td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td></tr><tr><td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		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'EXI

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

24/05/2021

15:14

Nom Patient : KHALIL IBRAHIM

Numéro dossier : 2100178047

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
24/05/2021	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS (1)	21434	1,00	3.77	3.77
24/05/2021	SERINGUE 1ML	21434	2,00	0.78	1.56
24/05/2021	SPARADRAP TEGADERM 3M 10X12CM	21434	1,00	7.63	7.63
24/05/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. EC	21434	2,00	0.44	0.88
24/05/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	21434	2,00	1.17	2.34
24/05/2021	INTRANULE G 20	21434	1,00	2.37	2.37
24/05/2021	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25M	21434	1,00	1.56	1.56
24/05/2021	TUBE EDTA-K2 4ML	21434	1,00	1.50	1.50
24/05/2021	TUBE CITRATE 4,5ML	21434	1,00	2.34	2.34
24/05/2021	TUBE HEPARINE 4ML	21434	1,00	1.70	1.70
24/05/2021	TUBE ROUGE SEC 4ML	21434	2,00	1.43	2.86
24/05/2021	SACHET POUR TRANSFER DES TUBES	21434	1,00	1.56	1.56
Total pharmacie					30.07

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences A
098663728

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences A
24/05/2021 15:14

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100178047

F A C T U R E

N° 2 964 / 2021 du 24/05/2021

Nom patient : **KHALIL IBRAHIM**

Entrée 24/05/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 24/05/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation pour urgence cancerologique	1.00		300.00	300.00
Oxygenotherapie, par heure	1.00		50.00	50.00
AMBULANCE	1.00		900.00	900.00
			Sous-Total	1 250.00
PHARMACIE	1.00		30.07	30.07
			Sous-Total	30.07
Total Frais Clinique				1 280.07

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS SEPT CENTIMES

Total 1 280.07

Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 280.07

Hopital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences A
090063728