

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 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

- Reclamation : 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'Hopital Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-652756

8 4651

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 4693

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

moussiF Abdellah

Date de naissance :

1957

Adresse :

BP 2769 Tiznit 85000.

Tél. : 0662 18 16 12

Total des frais engagés : 721,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

AMRI NAIT (ep. Moussif) Age: 57

Nom et prénom du malade :

AMRI NAIT (ep. Moussif) Age: 57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatoïde Polyarthrite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

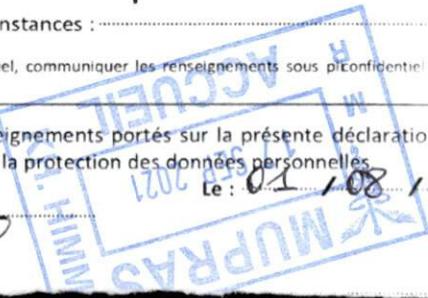
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 01/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		



صيدلية أمين
PHARMACIE AMINE SARL AU
Dr. Leila El KOUHENE
Pharmacienne

Casablanca, le : 01/08/21

FACTURE N° K6121

Quantité	Désignation	P.U.	TOTAL
01	ARVAN	721,00	721,00

Lotissement Amine Lot N°65, sidi Maarouf, Casablanca 20190

0522 972 585

T.P : 36102575 IE : 39454001 CNSS : 6067898 RC : 452025 ICE : 002353853000078



MUPRAS
MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 21.10.2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

DR. Moustapha EL AZIFI
M. Moustapha EL AZIFI
05.22.50.19.56

Certifie que Mlle, Mme, M :

Wajet Moussif

Présente

Une polyarthrite rhumatoïde

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Indéfinie

Dont ci-joint l'ordonnance:

ARAVA 20mg AINS

Antalgiques

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26 39/91-28 81/91-26 49/91-26 86/91-28 83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras@royalairmaroc.com