

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Maladie :

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

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° P19-0039025

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02317 Société : RAM 86296

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELGUADI YAMNA

Date de naissance : 17/07/55

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1283,80 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 : CASABLANCA Le : 29/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

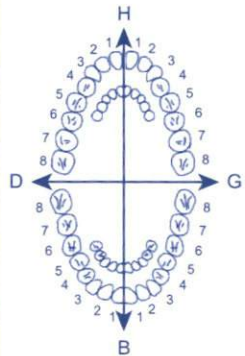
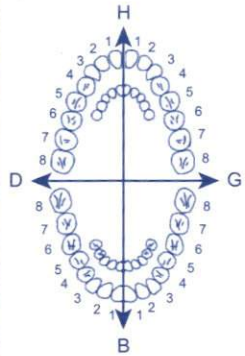
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				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																					
	<div style="margin-bottom: 10px;">H</div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	D		G																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DES STADES

50 RUE AL FOURAT CASABLANCA RC:245509

IF:40436642 CNSS:1776569

Tél : 05 22 25 49 25

Patente : 35873067 ICE001634052000076

Le : 29/09/2021

Facture N° 523 982

EL GUADI YAMNA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	DIPREZAR /28	3	114.30	342.90
CO	TENORMINE X 28	2	83.10	166.20
CO	PRAZOL 20MG/28	4	96.00	384.00
CO	AMEP 5 MG/56	2	97.70	195.40
CO	AMEP 5 MG/56	1	97.70	97.70
CO	CIVASTINE 20 MG/28	1	97.60	97.60
6	Total	13		1 283.80

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS
CENTIMES

1 283.80

PPV 126DH00
PER 03/24
LOT K657

PPV 126DH00
PER 12/23
LOT J3395

PPV 126DH00
PER 03/24
LOT 1244

83,10

83,10

PPV:96DH00
PER:11/22
LOT:J1605-2

PPV:96DH00
PER:05/23
LOT:J2230-1

PPV:96DH00
PER:08/23
LOT:K827-2

PPV:96DH00
PER:08/23
LOT:K827-2

PPV:96DH00
PER:08/23
LOT:K827-2

PHARMACIE DES STADES 2016
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC:245509 - Pte.: 35873067
IF: 40436642

→ 114,30

97,70

97,70

97,70