

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.

Diagnostique 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0006553

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5572

Société : Rm

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ACHMAOUI ABDELHADI

Date de naissance : 01-05-1958

Adresse : hab. n°1

Tél. : 06 99 77 89 14

Total des frais engagés : 1336,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 Octo 2021

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 : 15 / 10 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15 Octo 2021	ONEM		360	<p>Dr. Mohamed Hach</p> <p>Psychiatre</p> <p>INPE : 09187646</p> <p>Tél. : +212 522 05 15</p>

INPE : 09137646
Tél. : +212 522 05 15 15

15 Octo 2021 CNRM

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeuseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANASSER FOUDAL Khadifa 52, Rue Lagramta - Oasis 0522 99 37 23 - Casablanca	15/10/2024	986,70

Date _____

Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien
ou du Fourbisseur

PHARMACIE ASSUR
FOUDAL Khadija
52, Rue Lagramta - Oasis
Tél: 0522 99 37 23 - Casablanca

25/10/2024

986, 70

[illegible]

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

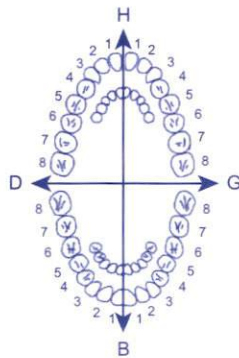
Montant détaillé
des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 5%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 5%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

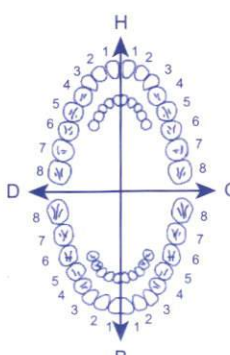
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le15 octobre 2021

Mr. ACHMAOUI ABDELHADI

EXIDEP 10 MG COMPRIMES ENROBES

1 cp le matin

ATHYMIL CP SECABLES

1 cp le soir

Traitement pendant : 4 Mois

PHARMACIE ACOURIR
FOUAD EL KHADIJA
52, Rue Lagranta Oasis
Tél : 0522 991123 - Casablanca

Dr. TYAL Mohamed Hachem
Psychiatre
INRE : 091137646
Tél. : +212 522 05 15 15

Le 10/02/2022 à 16:00

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 21002
PER 01/23
PPV 132DH30

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 21002
PER 01/23
PPV 132DH30

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 21002
PER 01/23
PPV 132DH30