

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.

Education :

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.

Thérapie :

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

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S'agit de garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

M22- N° 000349

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8365 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

A 05589

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | | |
| Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | |

| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|---------------------|---------------------|---|
| | | H | 25533412 21433552 | 00000000 00000000 | G |
| | | D | 00000000 00000000 | 35533411 11433553 | |
| Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |

| Signature et cachet du praticien | | Visa et cachet du praticien | |
|----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| | | attestant l'exécution | |

| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|
| DECLARATION N° P 14 / 0035069 | | |
| 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

P 14 / 0035069

DATE DE DEPOT
/ 2022

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 8365 | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Nom & Prénom JRIA ABDELGHANI | | | |
| Fonction EX - CDB | Phones 0661233376 | | |
| Mail abria@gmail.com | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient HASSAN SAMAA | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age 1974 |
| Nature de la maladie | | Date 21/12/22 | |
| | | Date 1ère visite 19/12/22 | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes CCI ECG | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires 250,- |
| PHARMACIE | | Date 21/02/22 | |
| Montant de la facture 290,- | | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date |
|------------------------------|--|---------------------------------|
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | Date |
|----------------------|----|----|----|---------------------------------|
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | 290,- + 250 |

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :24/02/2022.....

Nom et Prénom :

PPV : 82 DH 80
10 mg
ogie
à l'intérieur
82,80

HAJJAJI Sanaa

Lot:

DS09/21A
09/2024

D.L.C:

P.P.C : 109,00 DH

RANCIPHEX 10

1 comprimé le matin à jeun
109,00

DSTRESS

1 comprimé, matin et soir

LIXIFOR

1 comprimé le soir

Lot/À consomm
de préférence av

X1015 0325

LOT

Prix

PER

99.00

109,80

PHARMACIE AL OUARD
S CHALAK Hal Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av Oued Szedou - El Oulfa
Tél/Fax : 05 22 95 53 45
ICE : 001541468000057

الدكتور مهدي بنجلون
Rue 2, N° 61 - 1er Etage Rp Chhdia - El Oulfa
Tel: 05 22 91 05 82 - 05 04 72 39 14
Fax: 05 22 91 05 80 - 05 04 72 39 10

