

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

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.

entaire :

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° M20- 0000089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9576 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AARIZA Mustapha

Date de naissance : 18-05-1959

Adresse : Lotissement AL KHUZAMMA N°92

ou 12

Tél. : 0641 899393 Total des frais engagés : 29,34 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/02/2022

Nom et prénom du malade : Aariga Mustapha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertrophie de la prostate

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 : 16/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE TERRAILLON 63 Av. Pierre Brossolette 69500 BRON 04 78 26 72 57 - Fax 04 72 37 25 99 833770 8 - SIRET 835 375 379 00012	22/02/2022	29,34 €

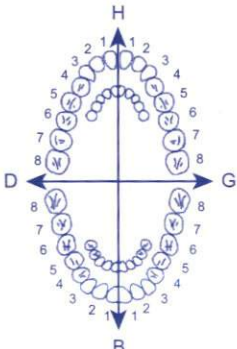
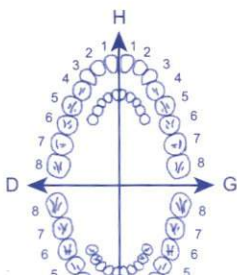
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan d

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">D 00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D 00000000	G 00000000												
35533411	11433553													
B														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

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 canalaire, ainsi que le bilan d


[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D			G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU
DEVIS

وصفة
ORDONNANCE



PC: 03400937045520
SN: 10301183157181
LOT: LK6268
EXP: 04/2023

Le 18/02/2022.

Aariga Mustapha

1, Alfugosine Lp 10mg

1cp / 1 pdt 03 mois

PC: 03400937045520
SN: 10563424464589
LOT: LN9605
EXP: 07/2023

PC: 03400937045520
SN: 10492737580284
LOT: LK6268
EXP: 04/2023

Dr. Youssef BENADADA
Méd. Interne
Polyclinique CNSS
Derb-Ghalef