

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

Situations 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.

Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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



Déclaration de Maladie

M22- N° 000254

OK phone
24/03/2022

Par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9995 Société : SI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MUPRAS

Date de naissance : 11/1988

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

POS OK cont 12/04/2022

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 000254

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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'ODP.



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

W18-38004

DATE DE DEPOT

..... / / 201.

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme 9995 -

Nom & Prénom MARABTI MILOUA

Fonction RETRAITÉ Phones 0661682100

Mail mRABTim@A16GMAIL.COM

MEDECIN

MÉDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Accompagnant

Nature de la maladie _____ Date 1ère visite _____

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (319) 356-4530 or via email at mhwang@uiowa.edu.

PHARMACIE Date 08/02/99

Montant de la facture

267

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur ASKALLI SAID

Médecin dentiste Spécialiste
Maladies et chirurgie de la Bouche
et des dents



الدكتور سعيد الصقلبي

طبيب جراحي للأسنان
أمراض وجراحة الفم والأسنان

الناظور ، قويز ٥٢/٢٢ Nador, le ٠٣/٠٢/٢٢

Patient: ELJARRoudi SOUAD

I.N.P : 084024264
PATENTE : 56113472
C.N.S.S : 2039106
ICE : 001894099000055
IF : 87830420

SS30

BRUFEN

345

C 9 pm



DOTTÉUR ASKALLI SAID
Médecin Dentiste Spécialiste
App. N° 7 - NADOR Tel 0536.60.50.00
125 Av Youssef Ben Tachfine 2^{ème} étage App. N° 7 - NADOR
Tél : 0536.60.50.00

125 شارع يوسف بن تاشفين الطابق الثاني رقم 7 - الناظور
125, Av Youssef Ben Tachfine 2^{ème} étage App. N° 7 - Nador
الهاتف : 0536.60.50.00
البريد الإلكتروني : doctor.askalli@gmail.com

Docteur ASKALLI SAID

Médecin Dentiste Spécialiste
Maladies et Chirurgie de la Bouche
et des dents

125, Av. Youssef Ben Tachfine
2 ème étage, App. N°7 - Nador

Tél. : 05 36 60 50 00

PATENTE : 56109956

C.N.S.S : 2456880

I.N.P : 084024264

ICE : 001894099000055

IF : 87830420



الدكتور الصقلي سعيد

طبيب جراحي للأسنان

أمراض وجراحة الفم والأسنان

125، شارع يوسف بن تاشفين الطابق الثاني

رقم : 7 - الناظور

الهاتف : 05 36 60 50 00

I.N.P : 084192434

Nador, le 08/02/99

Patient : ELJARROUDI_SOUAD

FACTURE N° 089229

Je soussigné Dr.

Certifie avoir recue la somme de :

trois cent dinars

ce jour la nommé (e).....

ELJARROUDI SOUAD

C.I.N.º

Pour.....(37) extraction

La présente Facture est délivrée à l'intéressé (e) pour servir
et faire valoir ce que de droit

NADOR, LE 08/02/99