

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.

Radiologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon
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° W21-711892

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9299 Société : ABDECAT

☐ Actif ☐ Pensionné ☐ Autre

Nom & Prénom : JIKU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires				

D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553	G 00000000 00000000 00000000 00000000
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
Date du devis		
Fin de		

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
VOLET ADHERENT		Mle	
NOM :		W18-366803	
DECLARATION N°	W18-366803	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			



W18-366803

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2729	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		J. KER Abdelatif	Signature de l'adhérent
Fonction :		retenir	Phones
Mail		05 23343884	

MEDECIN	Prénom du patient	J. KER ABDELATIF
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	45 ans
Nature de la maladie	Date	30/10/2012
Date 1ère visite		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Non		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS	12	250

PHARMACIE	Date	30/10/22
Montant de la facture	744,20	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
CACHET				

Signature et
 Dr. Khalid BERTAL FILALI
 Spécialiste en Endocrinologie
 & Maladies Métaboliques (Diabétologie)

Signature et
 PHARMACIE DU SOLEIL
 Youness ETALBI
 en Pharmacie
 Lauréat de La Faculté de Médecine



PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 001206

El Jadida, le 30/05/22

Mr. JIKEN ABDELLATIF

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unit.	Montant
04	ADD 1g/20cp	19,90	79,60
01	ADD 1g/60cp	35,00	35,00
08	Diamicon 60/60	78,70	629,60

744,20

Arrête' le montant de la
Facture sous la somme
de Sept cent Quarante Quatre
Dirhams, et deux cents

PHARMACIE DU SOLEIL
Youness ET TALBI Docteur en Pharmacie
Lauréat de La Faculté de Médecine
Signature et Cachet de Roby

19,90

19,90

↓
19,90

↓
19,90

↓
19,90

↑
78,70

↑
78,70

↑
78,70

↑
78,70

78,00

78,00

78,00

78,00

Le 30/05/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Dr. Khalid BERTAL-FILALI Spécialiste En Endocrinologie & Maladies Métaboliques (Diabétologie)
Certifie que Mlle, Mme, M	JIKEL ABDELLATIF
Présente	052
Nécessitant un traitement d'une durée de:	à vie
Dont ci-joint l'ordonnance:	cf ordonnance
(A défaut noter le traitement prescrit) 1) ADA Forming 01 - 02 - 03 - 04 2) Diamcon 6mg - 2+1/2cm	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18