

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-711890

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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) :

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

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.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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								
				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			Coefficient des travaux <input type="text"/>								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>									
			Fin de <input type="text"/>									
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution										
VOLET ADHERENT												
DECLARATION N°		NOM : Mle										
W18-366801												
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												



W18-366801

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		2729	
Fonction		Straitte	
Mail		0523343884	
MEDECIN		Prénom du patient	
		NASRI NASAT	
Adhérent	Conjoint	Enfant	
		Age	Date
		19.5.6	30.5.2022
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date	
		20/05/2022	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

PHARMACIE DU JULEIL
Youness ET TALBI Dr en Pharmacie
Lauréat de la Faculté de Médecine
et de la Faculté de Robotique
et d'Informatique - Bouchrit
10000 BORDJ

1332,00

CACHET

CACHET

LOT D390843R.2
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843J.2
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843R.2
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843J.1
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843R.1
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843Y.1
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843Y.4
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843R.1
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843Y.4
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843R.2
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843Y
UT AV 01 20
PPV 111.00

LOT D390843J.3
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

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. NAJAT ELNACRI

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unit.	Montant
12	Humalog 50	111,00	1332,00
Arrête' le montant de la Facture sous le somme de mille Trois cent trente deux Dinars.			

PHARMACIE DU SOLEIL
Youness ET TALBI Dr en Pharmacie
Laurent de La Faculté de Médecine
Signature et Cachet

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 de l'Endocrinologie & Maladies Métaboliques (Diabétologie)
Certifie que <input checked="" type="checkbox"/> Mlle, <input checked="" type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> M :	MASRI NAGAT
Présente	DS2
Nécessitant un traitement d'une durée de:	entière
Dont ci-joint l'ordonnance:	11 HV mallog / 28 a508h 2 ADARCOMY / 22 a508h 01 - 00 - 00
(A défaut noter le traitement prescrit)	

(✓) : Valable 3 mois

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