

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 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

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

M22- 0007732

118987

Optique

Autres

Dentaire

Maladie Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 378

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : BATOUL S'aidé

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 :

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 M22-0007732

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 : 118987

Nom de l'adhérent(e) : BATOUL S'aidé

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

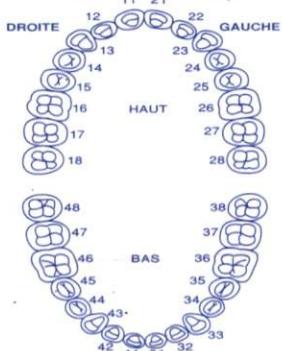
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

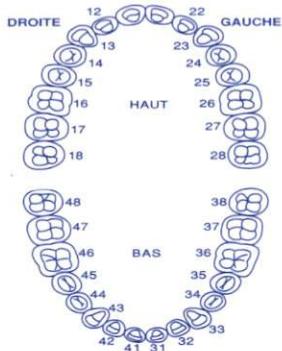
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE		GAUCHE	
11	21	22	
12		23	
13		24	
14		25	
15		26	
16		27	
17		28	
18			
34	35	36	37
35	36	37	38
36	37	38	39
37	38	39	40
38	39	40	41
39	40	41	42
40	41	42	43
41	42	43	44
42	43	44	45
43	44	45	46
44	45	46	47
45	46	47	48
46	47	48	
47	48		
48			

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 14 / 0032023



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

Cachet
MUPRAS



Par courrier

P 14 / 0032023

DATE DE DEPOT

/ 201

00378

Signature de
l'adhérent

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Dr Nouria GUERRAB
Médecine Générale
Centre de Santé ELFATH
C.Y.M - Rabat

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Date 09/06/22
Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

-

G

PHARMACIE

Date 09/06/22

Montant de la facture

313,00

Pharmacie EL MOUNA
Mme SMILI Wadia
9, Hay ELKora C.Y.M - Rabat
Tel: 0537 29 06 73
INPE: 102025772

Pharmacie EL MOUNA
Mme SMILI Wadia
9, Hay ELKora C.Y.M - Rabat
Tel: 0537 29 06 73
INPE: 102025772

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

ORDONNANCE

RT

Mr/Mme Saadi b. Suleim.

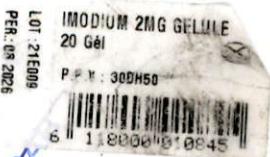
Dr Nouria GUERRAB
Médecine Générale
Centre de Santé ELFATH
C.Y.M Rabat

09/06/22

1 | Glucepte 1000

28,00x9
252,00

1 cp x 3 J x 3 mois



2 | Imodium 2mg (n° 2)

30,50x2
61,00

1 cp x 3 J
Sidi Araf



10 313,00

Pharmacie EL MOUNA
Mme SMILI Wadia
9, Hay EL Kora C.F.M Rabat
Tel: 0537 29 06 73
INPE: 102025772

Cachet du médecin

LOT 210077
EXP 01/2024
PPV 28.00DH



ي ١٠

28,00

Tousser dans un mouchoir.

أو في منديل

28,00

28,00

28,00

Saluer sans faire d'accord.

لائق ولا تقبيل

28,00

Se distancer chaque autre
ر واحد عن كل

28,00

28,00

Porter obligatoirement la protection pour le départ à l'extérieur

28,00