

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-809045

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1573 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HADDAD Mohamed
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs 157986

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

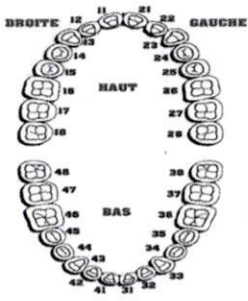
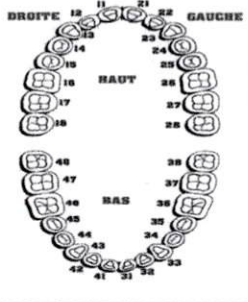
Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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) :
 MUPRAS ACCUEIL 04 JUL 2023 I. BOULACHANE

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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										
			Montant des soins										
			Début d'exécution										
			Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H	G											
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(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													
NOM: <u>HADDAD Mohammed</u>		Mle <u>1583</u>											
DECLARATION N° <u>W16-080869</u>													
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes											
	<u>453,10</u>	<u>5</u>											
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													

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-080869	DATE DE DEPOT/...../201.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1583</u>	
Nom & Prénom <u>HADDAD MOHAMMED</u>		Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent	
Fonction: <u>Retraite</u>			
Mail: <u>mhaddad1950@gmail.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date <u>12/06/13</u>	
<u>Gastrite</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CS</u>			<u>2000</u>
PHARMACIE		Date <u>18/06/13</u>	
Montant de la facture		<u>253,10</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Date :			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
PHARMACIE		
<input type="checkbox"/>	Ordonnance *	1
<input type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	4

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

<p><u>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</u></p>	<p>Matricule:</p> <p>1583</p> <p>Signature de l'adherent</p>	<p>FS n°:</p> <p>W16-080869</p> <p>Signature & visa de la MUPRAS</p>
--	--	--

URGENCES 24/7

Dr. GOSSAS ALI
M^edecin Généraliste

Dr. Hamed
Docteur en Pharmacie
riad sofia Gh9 E1 N°201 L1433
Tél : 05 22 65 07 91

GLOBAL SECOURS ASSISTANCE
Urgence 24/7
Ambulance
Tel: 05 22 24 24 21

PHARMACIE CHARIF IDRISS
HIND IDRISSI AZAMI
Docteur en Pharmacie
riad sofia Gh9 E1 N°201 L1433
Tél: 05 22 65 07 91

Ordonnance

Casablanca, le 13/06/2023

0522 24 24 21

GLOBAL SECOURS
ASSISTANCE
MEDECIN A DOMICILE - AMBULANCE EQUIPEE - AVION SANITAIRE NATIONAL/INTERNATIONAL

GLOBAL SECOURS ASSISTANCE



LOT 211484
EXP 04/2024
PRV 99.00DH

OEDES 20mg
28 gélules



6 118001 100088

27,50

Spasf
30 comprimés



6 11

LOT: 230324
DLMO: 03/2026
63,30DH

LOT: 220585
DLMO: 07/2025
63,30 DH

V. 106010 DE 10131120
T. 10602042 VT