

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Optique :

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

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2327 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FALAH ABOU BLV 22A

Date de naissance : 07 03 53

Adresse : 04, Rue oulad Sadi 2e étage les SOUHAÏL

Bous Saghéne 24571

Télé : 0663297069 Total des frais engagés : 422,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 SEP. 2019 Age :

Nom et prénom du malade : 04 SEP. 2019 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 : 04/09/19 Le : 04/09/19

Signature de l'adhérent(e) : 04/09/19

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
DROITE 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 GAUCHE		
22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 HAUT		
28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 BAS		
38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 GAUCHE		

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

ODF Prothèses dentaires

Determination du coefficient masticatoire	
DROITE 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 GAUCHE	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Vise et cachet du praticien attestant le devis

Vise et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : **FALAH A** Mle **2327**

DECLARATION N°

W17-118593

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

12.08.19 **427,70** **4**

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

W17-118593

MLD

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **2327**

Nom & Prénom **FALAH ABOUZYZZA**

Fonction : **Retraite** Phones **0663227062**

Mail **Fabouelyzzza1953@gmail.com**

Signature

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

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 **12-08-19**

Montant de la facture

427,70

Pharmacie La Corrèze
319, Bd. Carnot ANG A
Telfax +33 5 22 11 67 03
EL ALLAL NAOUAI

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

*MLD***PHARMACIE LA CORNICHE**

319.BD MLY YOUSSEF ANG BD EL HANK CASA

R.C :1604

Patente:35400

T.V.A:

C.N.S.S:1774711

Tél :022 27 67 03

Le 12/08/2019

FACTURE N°501374

N° ICE : 001764675000078

MR FALAH ABOU ELYZZA

N° IF : 40209660

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	SINTROM 4 MG 10 CPS	20,00	0,00	20,00	20,00		20,00		
1	ZYLORIC 100 MG COMP	46,70	0,00	46,70	46,70		46,70	3,06	7,00
1	EXFORGE FCT 10/160 MG BT 28	361,00	0,00	361,00	361,00		361,00	23,62	7,00

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 20.00

611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

1128348-A14-MA
11427
LOT 190554
EXP 03 2023
PPV 46.70 DH

*Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 0522.27.67.03
EL ALLALI Naoual*

DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	427,70
Nombre d'Articles : 3	TVA 7% Base :	381,14	Montant :	26,68	TVA 20% Base :	Montant	

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Vingt Sept Dirhams et 70 centimes.*