RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données actère personnel.

RAS : 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

MLD

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2327 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FALAH Aboubakr

Date de naissance : 01.03.53

Adresse : 04, Rue Oulad SAID 2e étage Res SOUHAIL BOURGOGNE CASA

Tél. 0663227062 Total des frais engagés : 543,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ACCUEIL 04 SEP. 2019 MUPRAS

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 : CASA **Le :** 04/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

[redacted]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient

DROITE GAUCHE HAUT BAS

Coefficient des

Montant des soins

Début d'execution

Fin d'execution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
DROITE GAUCHE HAUT BAS	H: 25533412 / 21433552; D: 00000000 / 00000000; G: 00000000 / 00000000; 35533411 / 11433553	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des soins
		Date du devis
		Fin de

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'execution

VOLET ADHERENT NOM : FALAH A Mle 2327

DECLARATION N° W17-118579

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
14.07.19	543,40	7

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

W17-118579 MLD

DATE DE DEPOT ...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2327

Nom & Prénom FALAH Abdelyazza

Fonction RETRAITE Phones 0663227062

Mail Fabouelyazza1953@gmail.com

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 14.07.19

Montant de la facture 543,40

Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
EL ALLALI Naoual

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : .....

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : .....

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

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 14/07/2019

FACTURE N°499325

N° ICE : 001764675000078

N° IF : 40209660

FALAH ABOUELYZZA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	TORVA 10MG 30 COMP	84,60	0,00	84,60	84,60		84,60		
1	EXFORGE FCT 10/160 MG BT 28	361,00	0,00	361,00	361,00		361,00	23,62	7,00
1	GLUCOPHAGE SIMPLE 500MG/50 CPS	20,80	0,00	20,80	20,80		20,80		
1	ATENOR 100 MG/28 CPS	37,00	0,00	37,00	37,00		37,00	2,42	7,00
2	SINTROM 4 MG 10 CPS	20,00	0,00	20,00	40,00		40,00		

611800103060 6
EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH
1128348-A14-MA
20045

20,80

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

37,00

LOT : 1081
PER : 02/21
PPV : 84,60 DH

Corniche
y Youssef
ANCA
2/27.67.03
I Naoual

DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC 0,00	- Remise 0,00	= NET TTC	543,40
Nombre d'Articles : 5	TVA 7% Base : 372,00	Montant : 26,04	TVA 20% Base :	Montant	

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Quarante Trois Dirhams et 40 centimes.