

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.

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.

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.

Prothèse 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0039420

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELZAHER Ali

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Boulevard de l'Unité 52 N° 15 CAA

Tél. : 06 3493982 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) : ACCUEIL

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										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Votre dentiste doit présenter la facture à la Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc pour le règlement de vos soins.

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-351014	
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		



W18-351014

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5932
Nom & Prénom ELLAHER ALI		
Fonction : RETRAITE	Phones : 0620493482	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient ELLAHER HARTZ	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 27	Date 07-05-19
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
	4	178.92
PHARMACIE	Date 21/9/19	
Montant de la facture	126	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

ALER-Z® 10mg
28 comprimés pelliculés sécables



28 x 10

الكبسولة

مدة : صباح - زوال - مساء

PREDNI 20mg
20 comprimés effervescent séables



6 118000 081753

LOT N°:
UT AV:
Add:

LOT : 190739
UT AV : 04/2022
PPV : 84,00DH

PPV (DH):

Le...

EZZAHER

HATTA

4200

① Predni 20mg 8

03 8 12

ملحوس

8400

② ALER-Z 8

18 x 217

1260

PHARMACIE MEINAKA
SENHAI Mounir
Derb el Miter N° 9 Rue 1
Derb Bouchentouf Casablanca
Tél: 05 22 28 40 23



Dr. EDDANE Othman
Médecin

زنقة الضمان - درب غلب - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



N° IPP : 945575		N° SEJOUR : 190059182		FACTURE N° 1905041800		DATE D'ENTREE : 07/09/2019		DATE DE SORTIE : 07/09/2019		
ASSURE :				DESTINATAIRE : EZZAHER,Hamza						
MALADE : EZZAHER,Hamza										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :				UF: 5002 URGENCES						
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				42.00					0.00	42.00
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 2062011 DR EDDAHBI OTHMANE (GENERALISTE)		TOTAUX :		178.92					178.92
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES				PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU:	178.92				
DATE FACTURE : 07/09/2019		EDITEE LE : 07/09/2019		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE :			
						DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

