

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

aire :

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.

die 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048872

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4540 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN BYA

FATIMA

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 :

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) :

DYSS

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									
			Coefficient des travaux <input type="text"/>									
			Montant des soins <input type="text"/>									
			Début d'exécution <input type="text"/>									
			Fin d'exécution <input type="text"/>									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux <input type="text"/>									
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-right: 10px;">H</td> <td style="width: 60%; text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td>12 13 14 15 16 17 18</td> <td>21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>48 47 46 45 44 43</td> <td>38 37 36 35 34 33</td> <td>35533411 00000000 00000000</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G	12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	21433552 00000000 00000000 11433553	48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33	35533411 00000000 00000000	Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
D	H	G										
12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	21433552 00000000 00000000 11433553										
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33	35533411 00000000 00000000										
soins de chirurgie dentaire en		VISA et cachet du praticien										
spécialiste		attestant l'exécution										

VOLET ADHERENT NOM : MUR ABSO Mle

DECLARATION N° P17/0066172 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

$$240 + 334$$

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 Mutualité.



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

P17/0066172

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 4540	BENBYA	
Nom & Prénom <i>Mme ABDOU DIATIMA (BENBYA)</i>				
Fonction <i>ex agent</i>	Phones <i>0667138099</i>		<i>4540</i>	
Mail			<i>BENBYA</i>	
MEDECIN	Prénom du patient <i>AP DOU NOUA</i>			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <i>2 ans</i>	
Nature de la maladie	<i>hyst/utile</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	<i>Dr. ZAGHLOUL J pédiatre Bordeaux - CASA 9, Bd. R. L. 33293971 Tél.: 05 56 31 13 GSM: 0667135113</i>			
Nature des actes				Nbre de Coefficient
<i>C1</i>	<i>1</i>	<i>218 m</i>		
PHARMACIE	Date <i>07/07/2015</i>			
Montant de la facture	<i>334,30</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
CACHET				

Docteur ZAGHLOUL Ja
PEDIATRE

Ex. Enseignant à l'Hôpital des Enfants
C.H.U. Ibn Rochd Casablanca
Médecin Expert Assermenté

19, Bd. Bordeaux - 1er étage
(en face du Cinéma Verdun)

CASABLANCA

05 22 29 39 71
05 22 20 06 52 Fax

GSM : 06 61 13 51 13

8 032578 474114

الدكتور زغلول

اختصاصي في أمراض الأطفال
طبيب مساعد سابق بـ
المركز الصحي الجامعي
طبيب خبير

شارع بوردو، 19

الدار البيضاء

05 22 29 39 71
05 22 20 06 52
06 61 13 51 13 } ع

Casablanca, le 9. 7. 19

ABDOU NOUR

84,00
- 15,76

9,00
- 4,15

17 m 4 ps de velo ap 5,

109,00
- 11,00

12,80
- Dose p. 300
1 0 3 1

LOT: 190007 PER: 02-22
PPV: 9,00DH

سطال

ID : 621873 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 149,00 DH
vent 6 118001 140923

dose/dosis (0.5 ml)
Inj./Inyec. S.C. / I.M.

de la reconstitution,

et la rougeole vivant atténue (souche Schwarz)/ Virus vivo
≥ 10^{3.0} CCID₅₀/DICC₅₀
les oreillons vivant atténue (souche RIT 4385)/ Virus vivo
≥ 10^{3.7} CCID₅₀/DICC₅₀
virus de la rubéole vivant atténue (souche Wistar RA 27/3)/
procédé de f



79,50 --

Lot : 033
À utiliser de
préférence avant le : 05/024

PPC : 79,50 DH

Normawpon Zefal

334,50



• MIGHLOUL J
Pédiatre
30. Bordeaux - CASA
Tél : 0522 29 39 71
Fax : 0561 13 51 13

