

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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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.

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° P19-0035843

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01007 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADY Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2019

Nom et prénom du malade : SAADY KHADIJA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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) :


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
19.09.19	U	-	300	
23/09/19	C2	-	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19.09.19	B, D, M	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

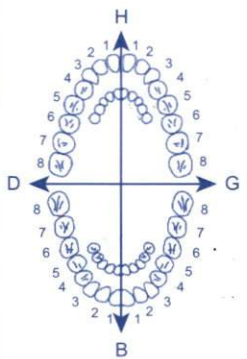
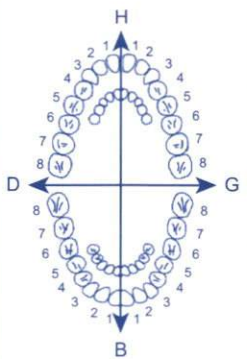
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D 00000000 35533411</p> <p>B</p> </div> <div> <p>21433552 00000000</p> <p>G 00000000 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

01007

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 19/09/2019

N° : 190919172855NE

Nom patient : SAADI KHADIJA

Prise en charge : MUPRAS

Traitements CATARACTE OG
CATARACTE OG

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR BLOC OPERATOIRE		1	FC	400,00	400,00
		1	K130	3 250,00	3 250,00
				Sous-Total	3 650,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. ANESTHESISTE (anesthesiste) Pr. CHAKIB (ophtalmologie)		1	K40	1 200,00	1 200,00
		1	K130	3 900,00	3 900,00
				Sous-Total	5 100,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		1	K130	1 300,00	1 300,00
				Sous-Total	1 300,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Total devis 10 050,00

CLINIQUE AL MADINA ②
FACTURATION
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 & 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01

K130
23 SEP. 2019
Mansard Nouria
Mansard Nouria

PRISE EN CHARGE

La mutuelle du personnel ROYAL AIR MAROC s'engage à prendre en charge les frais relatifs aux actes en faveur du malade ci-dessous désigné.

Part adhérent payée en cash au prestataire

PEC N° : 98691

Prestataire : CL AL MADINA

Médecin traitant : DR. CHAKIB ABDERRAHIM

Prescription : CATARACTE OG

Adhérent :

Nom : SADRY

Prénom : MUSTAPHA

Mle : 01007

Veuve

Bénéficiaire : CONJOINT

Nom : SAADI

Prénom : KHADIJA

Age : 79

Acte	Barème		Nbr	Devis	MUPRAS	Agent	Mont. PEC
ANESTHESIE	KA	40	1	1.200,00	480,00	720,00	480,00
INTERVENTION CHIRURGICALE	KC	130	1	3.900,00	2.600,00	1.300,00	2.600,00
CHAMBRE CLINIQUE			1	400,00	250,00	150,00	250,00
PHARMACIE HOSPITALISATION MEDICALE			1	1.300,00	1.040,00	260,00	1.040,00
SALLE D'OPERATION	KO	136	1	3.250,00	1.632,00	1.618,00	1.632,00

Total : 6.002,00

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire.
- Toute anomalie constatée doit être signalée à la Mutuelle.
- Etablir une seule facture par P.E.C. aucun acte ne devra figurer séparément.
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture.
- Pour les adhérents en activité, la part adhérent dans cette prise en charge est accordée suite facilité employeur, la MUPRAS n'est pas responsable ni de son prélèvement ni de son échelonnement.

Adhérent

Directeur