

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, parodontologie 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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- 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

La 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° W19-478267

C

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3029 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DOUNAS Abdelatif
 Date de naissance : 15/12/1959
 Adresse : 7 Rue Bussang Résidence LARAKI
 MADRIF EXT 8 CASABLANCA
 Tél. : 06 71 41 91 77 Total des frais engagés : 574,00 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-478267

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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								
				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>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>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis									
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de									

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-345829	
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		



W18-345829

DATE DE DEPOT

19/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3029
Nom & Prénom		DOUMAS Abdelatif
Fonction :	Phones :	
Mail :		
MEDECIN	Prénom du patient BOULHEZ NETHY	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 22/08/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Ménages - divorce - Asphyxie		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	-	2000
PHARMACIE	Date 22/08/19	
Montant de la facture	374,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires		

Dr. Soumaya SAATHI
Médecin Généraliste
Rue Al Foutat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
R.C. : 245509 - Pte. : 25873067
15 10436642

Dr. SAATI SOUMYA

Medecine Générale

ECHOCARDIOGRAPHIE



الدكتورة سعتي سميرة

الطب العام

الفحص بالصدى

PPV

LOT

PER

LOT

PER

28,80



28,80



LES STADES 2010
Casablanca
22 25 49 25
Pte. : 35873067
436642

Casablanca, le

22/08/19

BOUZHIZ

Mejma

2013 x2

Vitensal 100



740 04 22

LOT PER

Prix 99,00

99,00

2 Nagum



11040

Vasbanel 100



150,40

21,00

Librairie
nim

Strand

M. Y. AG.

LOT: 19014 PER: 03/2022
PPV: 21,00 DH

Dr. Souhail
Medecin Généraliste
Bd. Zerkouni - Bou
355. Bd. Zerkouni - Casablanca
me Etage - 27 13 00

LOT : 0237
PER : 06 2022
PPV : 46.000DH

46,00

374,00

ARMÉE DES STADES 2010
CJ, Rue Al Foutat - Casablanca
Tél.: 05 22 25 49 25
R.C.: 245509 - Pte.: 35873067
T.F.: 40436642

DECLARATION SUR L'HONNEUR



Je soussigne DOUNAS Abdellatif.....

Titulaire de la CIN : J38435.....

Matricule RAM : 3029.....

Adresse domicile : 7 Rue Bussang Residence LARAKI
MAARIF EXT. CASA

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Mme ou ~~Mr~~ : BOULHEZ Nejma.....

Titulaire de la CIN : BE492105.....

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou l'impôt sur les sociétés au titre de l'année fiscale 2018.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les informations que j'ai fournies sont correctes et complètes. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de mon droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « **ARTICLE 4 et 6** ».

Je m'engage à avertir les services de la Mupras de tout changement de la situation professionnelle de mon conjoint.

La présente déclaration est faite suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à Casablanca le : 21/10/2019



Signature :