

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.

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 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

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



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 Abdellatif

Date de naissance :

15/12/1959

Adresse :

7 Rue Bousang Résidence LARAKI

MARIF EXT. CASA

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 : 20 OCT. 2019

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 : 1/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-478267

23 OCT. 2019

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

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

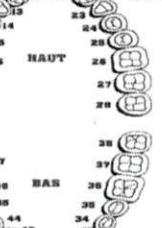
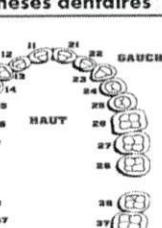
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

SOINS ET PROTHÉSES 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 canalaire, 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">D</td> <td style="width: 10%;">H</td> <td style="width: 10%;">G</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			D	H	G	12	25533412	21433552	13	00000000	00000000	14	00000000	00000000	15	35533411	11433553	Montant des soins
D	H	G																		
12	25533412	21433552																		
13	00000000	00000000																		
14	00000000	00000000																		
15	35533411	11433553																		
					Date du devis															
					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

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 3029		
Nom & Prénom : JONAS Abdellatif				
Fonction :	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient Boulmez NETM			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 22/08/11
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>Ménalges + Diarrée + Fiebre</i>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C	-	2000 M		
PHARMACIE		Date 22/08/11		
Montant de la facture		374,00		
ANALYSES - RADIographies		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<i>R.C. 245509 - Pte. 15 - 7043664</i>				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr. SAATI SOUMYA

Medecine Générale

ECHOGRAPHIE

ES STADES 2010

irat - Casablanca

22 25 49 25

Pte. : 35873067

436642

28,80



20,80

22

740 04 22

LOT PER

Prix 99,00

99,00

الدكتورة سعدي سمية

الطب العام

الفحص بالصدى



Casablanca, le

22/8/19

BOUZHET Mejmaa

Mikhael Jah



d. M



Ragha

1,040

Mastoud M



**1
150,40**

21,00

Librairie
Mim S.D.

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

Dr. Souni
Médecin Généraliste
355 Bd. Zerktouni - Casablanca
Téléphone : 271300

LOT : 0237
PER : 06 2022
PPV : 46.00DH

46,00

374,00

PHARMACIE DES STADES 2010
60, Rue Al Foorat - Casablanca
Tél. : 05 22 25 49 25
Fax : 245509 - Pte. : 35873067
P.C. : 10104 - 40436642

DECLARATION SUR L'HONNEUR



Je soussigne

DOUNAS... Abdellatif....

Titulaire de la CIN : J38435

Matricule RAM : 3029

Adresse domicile : F. Rue Bussang. Résidence LARAKI
MAARIF EXT. CASA -

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

Mme ou Mr : Boul. HEZ... Nejma

Titulaire de la CIN : BE 49 2105

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 :