

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

que :

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.

taire :

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.

adie 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° S19-0018341

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 975 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H AFFARY FATIMA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 20 45 45 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 :

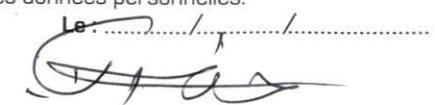
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :

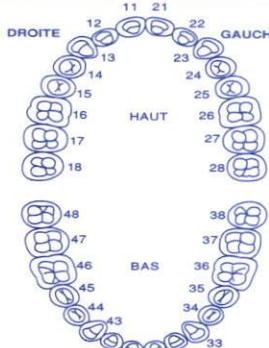
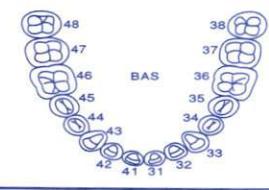
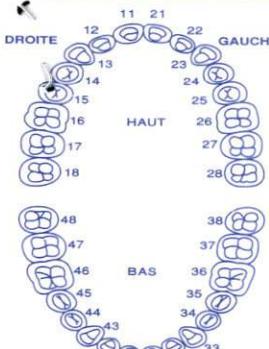


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>											
																
DROITE	GAUCHE															
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28															
HAUT	BAS															
																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire														
		<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 10px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td></td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td></td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>	D	H	G	25533412 00000000		21433552 00000000	D		G	00000000 35533411		00000000 11433553	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> Date du devis <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>	
D	H	G														
25533412 00000000		21433552 00000000														
D		G														
00000000 35533411		00000000 11433553														
<small>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>																

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0007787		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>		

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

P 14 / 0007787

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme **975**
Nom & Prénom **HAFFARY Fatima**

Fonction **Retraitee** | Phones **0522484946**

Mail **/**

MEDECIN | Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Signature de l'adhérent

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE | Date **26/11/2019**

Montant de la facture

64.80

Signature et cachet du médecin

PHARMACIE
CASABLANCA EL MANAR
Avenue Mame de Bourgogne
CASABLANCA
Pharmacie

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES | Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX | Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

PHARMACIE EL MANAR

DR EL AMRANI



PPV (DH) : 25,00

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

HAFARI AZIZA

Le : 26/10/2019

Facture N° 320519

Quantité	Prix unit	Designation du produit	Tx remise	Montant
1	25,00	DRILL TOUX SECHE S/S SIROP AD	0,00	25,00
1	39,80	HEPANAT / 20 CPS PM	0,00	39,80

REMISE : 0,00 TVA 4,24

Total : 64,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :soixante quatre dirhams quatre vingt centimes

48 AV MEHDI BENBERKA BOURGOGNE CASABLANCA

Patente N° 30406240

N° R.C.

ID Fiscale 40120140

Tel : 0666904061

N° CNSS 1470632

N° ICE : 001726673000066

Compte : 0430005141512