

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Contrôlé par l'ANP - 100 rue de la République - 20000 N'Djaména - Togo
Tél : 00229 22 22 22 22 Fax : 00229 22 22 22 22 www.mupras.tg



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

Déclaration de Maladie

N° W19-486569

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50022 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Deuve MEGDER Jekhiz

Date de naissance : 1937

Adresse :

Tél : 0661232203 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

[Signature]

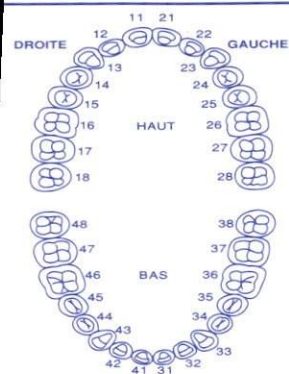
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

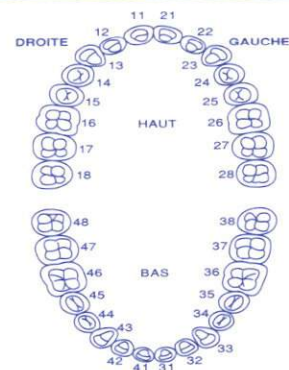
Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Signature et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM: Mme Negden Armata

Mle 50022

DECLARATION N°

P17/0065190



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

07/11/19

981,30

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

Cachet
MUPRAS



P17/0065190

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 50022

Nom & Prénom Mme Negden Armata

Fonction Sans

Phones 06 61232203

Mail

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient Kébir

Adhérent ☐

Conjoint ☒

Enfant ☐

Age 82 ans

Date 07/10/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Troubles

Neurotiques

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

7/10/19

03

300,00

Dr. MEHDAOUI M. BAREK
NEUROPSYCHIATRE
33 Rue Youssef EL KASSAB
Tél: 07 31 41 50 71 50 45

PHARMACIE

Date 07/10/19

Montant de la facture

681,30

PHARMACIE FADIL
Dr. HINA FADIL
19, Douar Oudja Bouskoura
CASA BLANCHE
Tél/Fax: 021 58 40 57

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 MEHDAOUI M'barek

NEURO-PSYCHIATRE

33, Rue Yemen - Angle Bd. du 11 Janvier

(Ex. Rue Soldat Jouvence)

Téléphone : 0522 31 64 25 / 0522 45 06 45

CASABLANCA

الدكتور مهداوي مبارك

إختصاصي في الأمراض العقلية والنفسية

33، زقة اليمن - زاوية شارع 11 يناير

(زقة الجندي جوفانسيل سابق)

الهاتف : 0522 45 06 45 / 0522 31 64 25

الدار البيضاء

Casablanca, le 07/10/19 في الدار البيضاء،

Tagdar Kébira

PHARMACIE FADIL
Dr. Hind FADIL
19, Doular Draha - Bouskoura
- CASA - ANCA -
Tel / Fax : 0522 58 40 57

47.50x3 Anafraïl 25 (S.V) N° 2756

1 comp. le soir

36.70x2 auxiol (S.V) N° 2757
1/4 comp matin et soir

45.00x5 Zopislot (S.V) N° 2758
1 comp. le soir

59.00x2 Candes (S.V)
1 comp. le matin

10.30x4 Doliprane 500 (S.V)
1 comp le soir

Traitement
3 mois 681.30

Dr. MEHDAOUI M'barek
NEUROPSYCHIATRE
33, Rue Yemen - Angle Bd. du 11 Janvier
Tel: 0522 31 64 25 / 0522 45 06 45

LOT: M0088
EXP: DEC 2022
PPV: 47.90 DH

LOT: M0088
EXP: DEC 2022
PPV: 47.90 DH

LOT: M0088
EXP: DEC 2022
PPV: 47.90 DH



LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

LOT 181278
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

PPV: 45,00

LOT:

PER:

PPV: 45,00

LOT:

PER:

PPV: 45,00

LOT:

PER:

PPV: 45,00

LOT:

PER:

PPV: 45,00

LOT:

PER:

PPV:10DH30
PER:12/21
LOT:H2784

PPV:10DH30
PER:12/21
LOT:H2784

PPV:10DH30
PER:12/21
LOT:H2784

