

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 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

- 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° 69-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS centre d'urgence médicale : 24h/24, 7j/7, en ambulatoire. Médicaments : 24h/24, 7j/7, en ambulatoire. Abonnement : 24h/24, 7j/7, en ambulatoire. MUPRAS : 24h/24, 7j/7, en ambulatoire. MUPRAS : 24h/24, 7j/7, en ambulatoire. MUPRAS : 24h/24, 7j/7, en ambulatoire.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-496316

10537

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2255 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HACHIMI ABDULLATIF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 74612015 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 02 DEC. 2019

Date de consultation : 02 DEC. 2019

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montant des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>													
		Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0065096		
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		



P 17 / 0065096

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2255	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		EL HACHIMI Abdelatif	
Fonction	Phones	0674617015	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		EL Hachimi Abdelatif
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 26/11/19
HTA + Affection ORL			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires C - 150,-			
PHARMACIE	Date		26.11.2019
Montant de la facture		1.431,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Dr BOUDAD Latifa
 Médecin Général
 Lot Annam Imm. 100 M. Oulfa
 20190104 Tél: 05 22 91 22 44

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
 Siham GUERRAOUI
 Docteur en Pharmacie
 4 Résidence Annam Oulfa
 Tél: 05 22 89 43 00 Casablanca

CACHET

CACHET

Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام

خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 26/11/13 : الدار البيضاء، في :

EL Hachimi Abdellatif

29,10 - 46

SV

- Amp 5mg

1 P1T

tbl de 6 mois

42,80

30,00

SV

- Oeds 2mg (25)

184 T

22,80

- Collu Hexetil

SV

18,90

- 1 pil x 3 T

SV

- Buccothylol

10,30

- 1 BB x 3 T

SV

- Dohy 500

- 1 BB x 3 T

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERAOUI
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Anaim - Oufia
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. BOUDAD Latifa
Médecine Générale
A20 N°3 Oufia
Tél: 05 22 91 32 44

PPV: 10DH30
PER: 12/20
LOT: G2813

Lot, Anaim, Imm A20, App. 3 - B Oufia - Casablanca
Tél.: 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70 60

A20. جزمة النعيم. الشقة 3 - الألفة - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 91 32 44 - المحمول: 06 66 26 70 60

LOT 190542

EXP 03/2022

PPV 49.40DH

LOT 190542

EXP 03/2022

PPV 49.40DH

LOT 190542

EXP 03/2022

PPV 49.40DH

LOT 190542

EXP 03/2022

PPV 49.40DH

LOT 190542

EXP 03/2022

PPV 49.40DH

LOT 190462
EXP 08/2021
PPV 30.00DH

LOT 181036
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

LOT:

PER:

PPV:

22,80