

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.

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.

Optique :

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

N° P19- 0041366

11627

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 294

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Thami Bakrid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-041366

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				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"/>
		$ \begin{array}{c c} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \\ \hline G & 00000000 \\ & 11433553 \end{array} $ <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montant des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0063186		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales du Royal Air Maroc
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 / 0063186

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme <i>Thaïs Bakridid</i>	
Nom & Prénom <i>Thaïs Bakridid</i>		Phones	
Fonction <i>Revenant</i>		Mail	
MEDECIN	Prénom du patient <i>THAÏS BAKRIDID</i>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age <i>81 ans</i>	Date <i>05/05/2013</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	<i>Cs = 20000</i>	<i>131.000</i>	
PHARMACIE	Date <i>20/05/2013</i>		
Montant de la facture		<i>131.000</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre			
AM	PC	IM	IV
CACHET			
CACHET			

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)

الدكتورة سلوى عماري

طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

• أمراض الصرع، ألام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

• مرض الزهيم، مرض باركينسون، مرض التصلب المتعدد

• أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



40100 119

MR BAK DID T10AM

51.00

→ Tangant 4

1 4 x 38

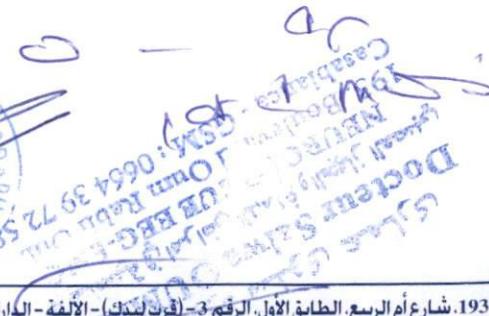


105 1 M

60.00 x 2

-2/ Le Cht 464

131.00



193. شارع أم الربيع، الطابق الأول، الرقم 3 - (قرب ليدك) - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 90 33 03 - الفاكس: 0522 90 22 66

193, Bd. Oum Rabii, 1er étage, N° 3 - (Près de Lydec) - Oulfa - Casablanca - Tél.: 0522 90 22 66 - Fax : 0522 90 33 03

E-mail : s.oumari@hotmail.com

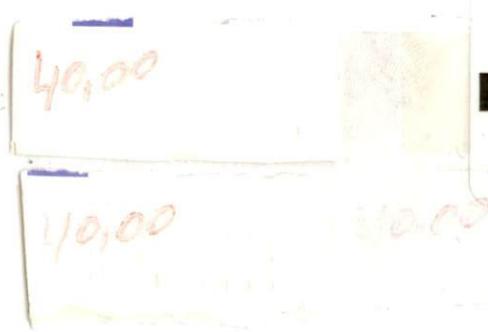
3/ Medical

Dr

Dr

1/

Casablanca - GSM : 0664 39 72 58
193, Boulevard Oumy Jelbi Oumy
NURHOUDI - BP 10000 Casablanca
جبل جلبي نورهودي بوليفارد
دوcteur Salhi OUMY
جبل جلبي نورهودي
Dr Salhi OUMY



⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00

