

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.

Diagnostic 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

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° P19- 0039686

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1704 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ANRI Bouazzaoui

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 : 09/05/2019 Le :

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHÈSES 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	
				Montant des soins	
				Début d'exécution	
				Fin d'exécution	
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis	
				Fin de l'exécution	

COULET ADHERENT NOM : _____ Mle : _____

DECLARATION N° W14-015424

Date de Dépôt : _____ Montant engagé : _____ Nbre de pièces Jointes : _____

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

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous
les justificatifs exigés par la Mutuelle

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

W14-015424

DATE DE DEPOT _____

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle : 1704

Nom & Prénom **EL AMRI Boua22aou**

Fonction : **Retraite** Phones **06 62 63 61 48**

eMail **elamri52@hotmail.fr**

MEDECIN Prénom du patient **ELAMRI Boua22aou**

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age **01/01/1952** Date : **28/11/19**

Nature de la maladie **Diabète -** Date 1ère visite _____

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

SAIDI Marwen
Médecin Interne
CHU. Ibn Rachid - Casa

Nature des actes _____ Nbre de Coefficient _____ Montant détaillé des honoraires _____

PHARMACIE Date **28/11/2019**

Montant de la facture **522,5 Dh**

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nedja
334, Bd Oued Deoua
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 20 00 25 95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : _____

Désignation des Coefficients _____ Montant détaillé des Honoraires _____

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____

Nombre _____ Montant détaillé des Honoraires _____

AM PC IM IV

SAIDI Marwen
Médecin Interne
CHU. Ibn Rochd - Casa

Le: 28/11/2019

ORDONNANCE

(S.V.)

EL AMRI Bonazzaoui 01/01/1952

1990
x 5 1) Metformine win 1000mg

995 1 Comprimé Matin / midi / soir
après Repas

393 2) Januvia 100 mg
1 Comprimé le matin après Repas

30,00 3/ Prazol 20 mg
1 gélule le soir après Repas

522,5 dh

METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30 P.P.V : 19DH90	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30 P.P.V : 19DH90
METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30 P.P.V : 19DH90	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30 P.P.V : 19DH90
METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30 P.P.V : 19DH90	

(S.V.)

1180011160457
JANUVIA® 100 mg
boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

PPV : 30DH00
PER : 03/22
LOT : I2107-1

(S.V.)

SAIDI Marwen
Médecin Interne
CHU. Ibn Rochd - Casa

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Hadia
334, Bd. Oued Daoura
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 20 00 25 95