

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 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

ND: 11/4/96

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1704 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ANRI Bouazzizawi

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 :

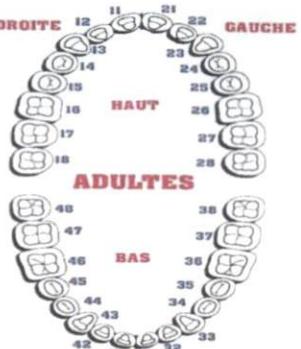
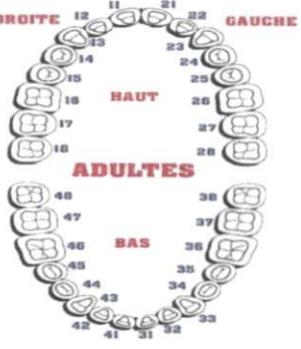
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 8/ Le :

Signature de l'adhérent(e) : 



SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES															
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture.</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>															
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des soins												
			Coefficient												
		Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de l'exécution													
O.D.F. Prothèses dentaires 		Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.		D	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000	G	35533411	11433553
D	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
<input type="checkbox"/> SOLET ADHERENT NOM : _____ Mle : _____															
DECLARATION N°	W14-015424		MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc												
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes													
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>															

A REMPLIR PAR L'ADHERENT				Mle : 1704	DATE DE DEPOT / /										
Nom & Prénom EL AMRI Bouazzou Fonction : Retraite Phones. 06 62 63 61 48 eMail elamri.52@hotmail.fr															
MEDECIN Prénom du patient EL AMRI Bouazzou Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 01/01/1952 Date : 28/11/19 Nature de la maladie Diabète -															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances ✓															
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires - - Gratuit															
PHARMACIE Date 28/11/2019 Montant de la facture 522,5 Dh															
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires 															
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <td></td> </tr> </table>						Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV	
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 Bouazzouz 01/01/1952

~~1990~~
~~x5~~ 1) Metformine Win 1000 mg

~~995~~ 1 Confomée Maty / midi / soir
après Repas

~~393,00~~ 2) Januvia 100 mg
1 Comprimé le matin après Repas

~~30,00~~ 3) Prazel 20 mg
1 gélule le soir après Repas

~~52,5 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

118001 160457

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

SAIDI Marwen
Médecin Interne
CHU. Ibn Rochd - Casa

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nadia
334, Avenue Abdellah Deoura
Oulfa Lessablanca
Tél : 05 20 00 25 95