

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.

Prothésaire :

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- 0039685
N° 71197

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1704 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ADRII Boutazzamani

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.

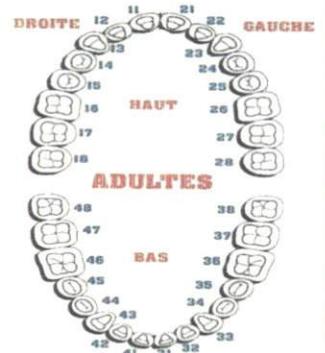
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

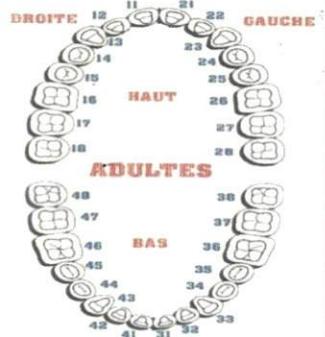
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

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
			Coefficient des travaux
			Montant des soins
			Date du devis
			Fin de l'exécution

ODF
Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

COULET ADHERENT

NOM : _____

Mle : _____

DECLARATION N°

W14-018382


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

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle : 1704

Nom & Prénom EL AMRI Bouazzouz

Fonction : Retraité Phones 06 62 63 61 48

eMail elamri 52@hotmail.fr

MEDECIN

Prénom du patient

EL AMRI Bouazzouz

Adhérent Conjoint Enfant

Age 01/01/1952 Date : 25/10/19

Date 1ère visite

Nature de la maladie

Diabète

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

SAIDI Marwen
Médecin Interne
CHU Ibn Rochd

Montant détaillé des honoraires

Grefect

Nature des actes

Nbre de Coefficient

PHARMACIE

Date 25/10/19.

Montant de la facture

374,50 Dh

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nadia
334, Bd Abd Deouf
Oulfa - Casablanca
Tél 05 20 00 25 95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Le : 25/10/2019

SAIDI Marwen
Médecin Interne
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

ORDONNANCE

EL AMRI Bouazzzaoui

01/01/1952-

- 1/ METFORMINE WIN 1000 mg. à lire
1990 x 6 1 Comprimé matin - midi - soir Après Repas
119,4 2/ Biemicon 60mg
78,70 x 2 1 Comprimé matin
157,4 3/ Prazol 20mg PPV: 52DH80
52,80 1 Comprimé le Soir →
PPV: 52DH80
PER: 11/21
LOT: 1956-4

4/ CelluVisc Collyre 4mg unidose

44,40
374,00

CELLUVISIC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose
6118001 030095
PPV:44DH40

SAIDI Marwen
Médecin Interne
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nadia
334, Bd Hassan II
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 20 00 25 95