

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 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

La 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 047322

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2334 Société : 26298
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NADIF ABDELLOH
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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047322

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 canaux, 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																
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien																		
attestant le devis		attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0030730		
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 14 / 0030730

DATE DE DEPOT

20 / 04 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle															
Nom & Prénom : <u>Nadif Abdellah</u>		Signature : <u>[Signature]</u>															
Fonction : <u>U</u>	Phones : <u>0679989930</u>																
Mail : <u>U C C</u>																	
MEDECIN	Prénom du patient																
Adhérent ☐	Conjoint ☐	Enfant ☐	Age :														
Nature de la maladie : <u>Contrôle - Sautun sm</u>			Date : <u>06.04.2020</u>														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite :														
Nature des actes : <u>C 2</u>		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires : <u>300 M</u>														
PHARMACIE		Date : <u>07/04/20</u>															
Montant de la facture : <u>527.20</u>																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :															
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET														
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						CACHET	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7
Ikamat Al Amal, Errahma,
Casablanca.
Téléphone : 0522.65.85.70
Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Nadi f. Abdellah

Date :

N° Facture :

Pour : Achat de médicaments

07/04/20

851

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Prix Total
Madopar	01	S.V. 298,00	298,00
Imovane 7,5	02	S.V. 41,50	83,00
Trivastal 50	01	S.V. 110,50	110,50
Alpraz 0,5	01	S.V. 35,70	35,70
Total	05	485,70	527,20

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V : 41,50 DH
6 118000 012368

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Voie 05, Casablanca-Morocco
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V : 298,00 DH
6 118001 050697

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V : 41,50 DH
6 118000 012368

LOT 192016 1
EXP 09 2022
PPV 35,70

Alpraz* 0,5 mg **الپراز 0,5 ملغ**
Alprazolam
28 comprimés sécables
قرصا قابلا للإتكار

TRIVASTAL® 50mg LP
30 Comprimés enrobés à libération prolongée