

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 048861

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

57986

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11661 Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSINE ARAF

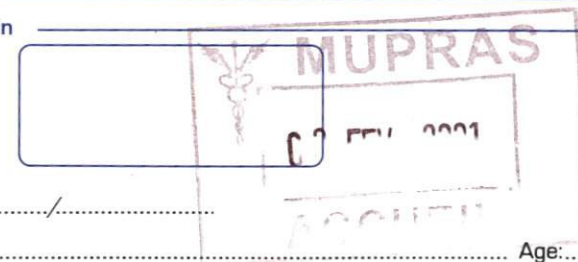
Date de naissance : 09/08/72

Adresse : 14, Pavillon, Dan Benazza, Casa

Tél : 0662512207 Total des frais engagés : 571,00 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 : Casa Le : 02/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Les Drogistes Casablanca Rue Mohammed VI N° 15 Tél : 32960411 Fax : 32960412	04/01/2021	1711,00

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser l'acte effectué, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553							COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS																
	DATE DU DEVIS																	
	DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN

RTE D AZEMMOUR KM 15 DAR BOUAZZA

Docteur en pharmacie

R.C : 399369

Patente: 32960411

T.V.A :

Tél : 0522 29 08 29

Le 04/01/2021

FACTURE N°278123

N° ICE : 001987906000033

N° IF : 25109233

HASSINE AFAF

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	INS NOVORAPID FLEXPEN 100U5*3M	571,00	571,00		
حلو -- LAPROPHAN -- PPV : 571DH00 PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN Route D AZEMMOUR - Km 15 Dar Bouazza - Casablanca Tél : 05 22 29 08 29 RC : 399369 T.P. : 32960411					
TOTAL T.T.C :				571,00	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Soixante-onze Dirhams.