

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

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.

adie 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

Nº P19- 0038085

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2312 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Makhtar NAJIB

Date de naissance : 16-09-19

Adresse :

Tél. : 0767073901 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-038085

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux															
O.D.F. Prothèses dentaires			Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux															
 			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">H</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G		25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	
D	H	G																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'execution																

VOLET ADHERENT

NOM : MOHINIAT NAPB

Mle 2312

DECLARATION N° P

P17/DJ51828

Date de Dépôt

Montant engagé

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



P17 / 051823

DATE DE DEPOT

1201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 9312	 Signature de l'adhérent
Nom & Prénom NOKHTATAR Naji			
Fonction RETRAITE'	Phones 0767073901		
Mail naji12@hotmai.com			
MEDECIN	Prénom du patient NOKHTATAR Naji		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 67 ans
		Date 16 SEP. 2019	
Nature de la maladie trouble digestifs + H.B.P.		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	1	150 DH	
PHARMACIE	Date 16/09/19		
Montant de la facture 854,90 DH			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
			CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
			CACHET

Docteur Haj GUENNOUN Mohamed

MEDECINE GENERALE

EXPERT ASSERMMENTÉ

ECHOGRAPHIE

الدكتور الحاج گنون محمد

الطب العام

خبير محلف

الفحص بالصدى

16 SEP. 2019

Casablanca, le الدار البيضاء في

Dr MOKHTAR Rajib

PPV: 113 DH 70

113,70

Raniphen S.

32,10

Antisept

32,10

Épicerie S.A.

76,00
A ut.av.:
Lot n°:

010519
01122
00000
D

BEIRAN FORT®

radiothérapie 200 mg

Boîte de 30 comprimés

PP.V. : 44,00 DH



6 118000 190933

BEDELIX 3G

SACHETS B30

P.P.V. : 57DH70



6 118000 010234

NO - SPA FORTE 80MG

CP B20

P.P.V. : 45DH00



6 118000 061816

Dr MOKHTAR Rajib
Rue Walili - Hay Laâyoune Derb Soltan - Casablanca
Tél. : C. : 05.22.28.99.79 / D. : 05.22.61.85.40 - GSM : 06.61.15.56.19

96، زنقة وليلي - حي العيون - درب السلطان - الدار البيضاء

عنوان: المحمدية - بولنگي - الدار البيضاء

التلفون: 05.22.28.99.79 - المحمدي: 05.22.61.85.40

الدكتور الحاج گنون محمد
خبير محلف
الفحص بالصدى
الطب العام
الدار البيضاء - المغرب - بولنگي - الدار البيضاء
عنوان: المحمدية - بولنگي - الدار البيضاء
التلفون: 05.22.28.99.79 - المحمدي: 05.22.61.85.40

LOT 181539
EXP 06/2020
PPV 121.40DH

LOT 181539
EXP 06/2020
PPV 121.40DH

LOT 190502
EXP 12/2020
PPV 121.40DH

LOT 181539
EXP 06/2020
PPV 121.40DH