

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.

Education :

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

Nº P19- 0037510

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1282 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : ZARKI Hestaphia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061188776 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 : _____

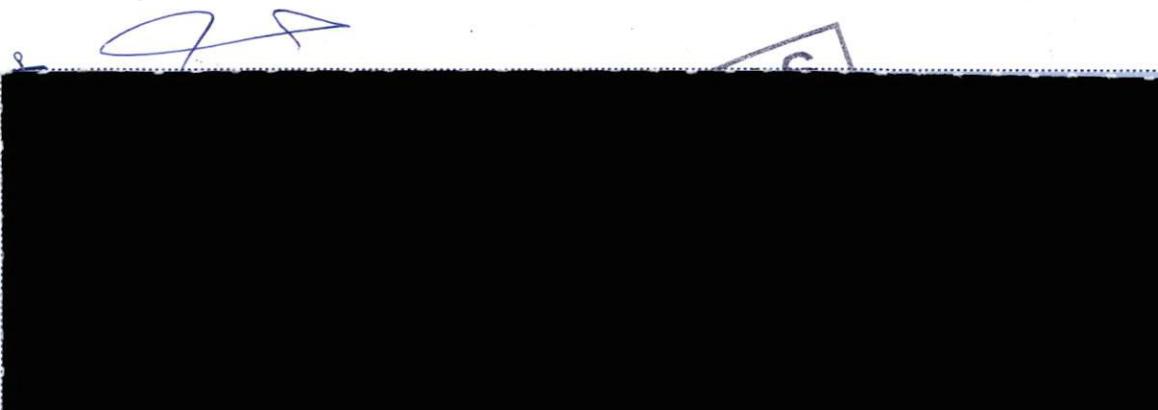
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : _____

Signature de l'adhérent[e] : _____

Le : 23/09/2019

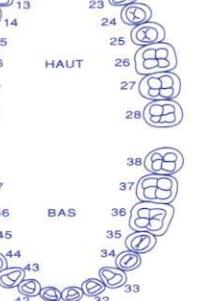
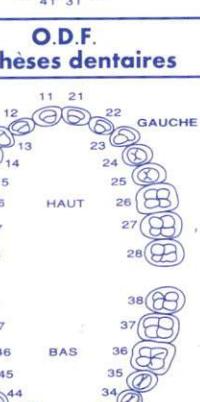


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 <input type="text"/>									
			Montant des soins <input type="text"/>									
			Début d'exécution <input type="text"/>									
			Fin d'exécution <input type="text"/>									
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire											
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding-bottom: 10px;">D</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding-bottom: 10px; vertical-align: bottom;">H</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding-bottom: 10px; vertical-align: bottom;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"> </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"> </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;">00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	G	25533412 00000000		21433552 00000000	00000000 35533411		00000000 11433553
D	H	G										
25533412 00000000		21433552 00000000										
00000000 35533411		00000000 11433553										
	Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	Montant des soins <input type="text"/>											
	Date du devis <input type="text"/>											
	Fin d'exécution <input type="text"/>											
Visa et cachet du dentiste attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	P 17 / 0065084	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance du personnel civil de Royal Air Maroc
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		



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

P 17 / 0065084

DATE DE DEPOT

..... / /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1289
Nom & Prénom ZARICI HESTAPHA		Signature de l'adhérent
Fonction	Phones 061889176	
Mail Catissant HAj FATH N°147		
MEDECIN	Prénom du patient ZARICI MALIKA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age
Nature de la maladie		Date 05 SEP. 2019 Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		200,00
PHARMACIE	Date 05/09/19	
Montant de la facture 171.40		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 05/09/19
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM IV
(20,00)	(06)	129 - 114
Soin à Domicile		
Signature BAKHET		

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

دكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسنى - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

Casablanca, le 05 SEP. 2019

63.00

- Prociam 20 (6)



ZARICU

MALIKI

LOT: 181151 1
EXP: 07/21
PPV: 63.00 DH

82.00

- Voxilb 200



LOT: 20059
PER: 07/21
PPV: 82.00 DH

13.20
- Afik N°2
13.20



13.20

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA

Dots. Haj fateh Rue N°3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Docteur

Médecine Générale

Echographie

155, Av. Afghanistan H.H
Casablanca - Tél: 05 22 90 33 90

الرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

6032