

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com

Requête en charge : pec@mupras.com

Déclaration 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'Hôtel de Ville
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045561

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1708 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GOURIRANE Ahmed

Date de naissance : 31-12-54

Adresse : 36, rue 92 ATTADOUNE HAY-HASSANI Casa

Tél. : 0664088864 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 : 24 / 09 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

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										
O.D.F. Prothèses dentaires													
	Détermination du coefficient masticatoire												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H												
	25533412	21433552											
	D 00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													
Veuillez joindre la facture du patient			Veuillez joindre la facture du patient										
VOLET ADHERENT			NOM : <u>GOURIRANE Ahmed</u> Mle <u>1708</u>										
DECLARATION N°			W18-361785										
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes											
<u>24/9/19</u>	<u>250+3288</u>												
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		W18-361785	DATE DE DEPOT <u>24/09</u> /2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1708</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>GOURIRANE Ahmed</u>			
Fonction : <u>Retraité</u> Phones <u>0661 888 64</u>			
Mail <u>agourirane@yahoo.fr</u>			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age <u>57 ans</u> Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Du Wb - HTA - Eclampsie</u>		<u>VITB</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C2</u>		<u>2500</u>	<u>2500</u>
PHARMACIE		Date <u>8/7/19</u>	
Montant de la facture		<u>3288,00</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Khadija CHARKAOUI ZAKOUANI
Spécialiste Endocrinologie
104 Résidence Al Oudj Ed. Oum Rabii
Oudj - Casa - Tél: 0522 89 79 34

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TADRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 32 63 Fax: 0522 90 46 04

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITÉ - NUTRITION

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد
السمنة - التغذية

Ex Médecin Chef du centre régional
de Diabétologie

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي
لأمراض السكري

Sur rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le

8 - 7 - 19

N° GOUKIRANE

A w 22

2750,00

= 125,00 x

commod 8w/1500

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M.TAHIRI HASSANI

10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 01

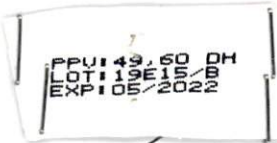
488,40

1y et dom
1y et dom

= 122,10 x 4

6w/1

Tuile c 5



1915

6w

4960

Deuxième

A w 155

3 Mo.

3288,00

122.10



122.10



122.10



122.10



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125,00



125.00



125.00

