

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.

Maladie :

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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



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

Déclaration de Maladie
N° P19-0033089

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1468 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAABI Younesf

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 10 96 38 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° P19-033089

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																
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F.	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>21433552</td> <td>00000000</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	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle																
DECLARATION N°		W19-392202																		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																		
17/9/19	88 650																			
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		W19-392202	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 04668	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		BAADI YOUSSEF	
Fonction		RETRETE	
Mail		Phones: 0661109638	
MEDECIN		Prénom du patient	MOURJANI
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	63an
Nature de la maladie		Date	16/09/2019
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Affaiblissement + diabète	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C1		1	15000
PHARMACIE		Date	16/09/19
Montant de la facture		73650	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Ahmed LAKLALECH
N°2 bis
Hey Mohamedi-Casablanca
Tel: 05 22 62 81 38

CACHET

PPV 170H30 EXP 03/2022
LOT 91013 4

64,30

54,30

10,40

générale

itaux publics

Hay Mohammadi,

BLANCA

3 138

74,90

الطب العام

بالمستشفيات العامة

رقم 2 مكرر الحي المحمدي

سبع - الدار البيضاء

(0) 522 628 138 :

70,70

PPV 70DH70

10,40

16/09/2019

الدار البيضاء، في :

PPV 49,60 DH
LOT 19E15/8
EXP 05/2022

7: MOURJANE Amine.

17,30

(S.V)

CloRAME 9

1/3x 1/2x

LOT 9MA037
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V. 10DH40
6 118000 062127

69,50

(S.V)

DIET AZ 8x

2/

1/2x 1/2x

LOT 9MA587
SMECTA 3G
SACHETS B30
P.P.V. 62DH40
6 118000 011460

70,70

(S.V)

1/2x 1/2x

Amel

3/

20cm 3x 1/2x

1/2x 1/2x

LOT 9MA029
DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V. 54DH00
6 118000 010531

52,40

(S.V)

SMECTA 3x

4/

1/3x

54,00

(S.V)

DUSPATALIN 2x

5/

1/3x

LOT 040941/FC2
08/2021 PPC 69,50

Dr. Amel
Hay Mohammadi
Tél: 522 62 81

6/ METFORMINE C.W. 500g (06 box)
1040 + 6 (S.V) 2x, 1/10/16

7/ (S.V) Diaminonow 300CM (03 box)
7870 + 3

8/ 74490 (S.V) 1/1, 1/10/16
Gibbons (1/10/16)

9/ 4960 + 2 (S.V) LAB 32
Dr. Ahmed LAKLALECH
Médicine Générale
Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Cesabianca
Tél: 05 22 62 81 38
73650

Dr. Ahmed LAKLALECH
Médicine Générale
Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Cesabianca
Tél: 05 22 62 81 38

Dr. Ahmed LAKLALECH
Médicine Générale
Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis
Hay Mohammadi-Cesabianca
Tél: 05 22 62 81 38