

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 : 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
N° P19-0029523

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4583 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MIFTAH Moulham E.
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade :
 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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, 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° P19-029523

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.

Veillez fournir une facture

Veillez 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 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			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
D 00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



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

P 17 / 0063169

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4583	Signature Adherent
Nom & Prénom <u>MIETAHY Mohamed</u>			
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0648207500</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>MIETAHY</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>75 ANS</u>
Nature de la maladie		Date <u>30/9/19</u>	
<u>glauque de l'oeil</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<u>Ma</u>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>CR</u>	<u>1</u>	<u>20000</u>	
PHARMACIE	Date <u>24/09/19</u>		
Montant de la facture	<u>1018,40</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>01 OCT. 2019</u>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

Docteur KILANI Mustapha

Spécialiste diplômé de la faculté
de Médecine de Toulouse
Maladies & Chirurgie des yeux
Laser - Angiographie

الدكتور كيلاني مصطفى

خريج كلية الطب بتولوز
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Casablanca le : 24 SEPT 2019 : الدار البيضاء في:

MIFTAH MOHAMED

230,00 x3

Pumigan x N°3

PHARMACIE IBN EL MOATAZ
DR ENKIRANE HANANE
JAMILA V RUE 105 N° 38
CASABLANCA TEL 022 57 53 00



1 goutte à 8h

164,00 x2

Cosopt x N°2



1 goutte à 9h

1 goutte à 21h

Tt 1018,40
traitement de 2 mois

DR KILANI MUSTAPHA
OPHTHALMOLOGUE
20 AV. REDA GUEDIRA
(Ex. NIL) CITÉ DJAMAA
TEL: 05 22 57 36 15

20 . شارع رضی کدیرة (النيل سابقا) قرية الجماعة - بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 57 36 15
20.AV. REDA GUEDIRA (Ex.NIL) Cité Djamaa - Ben M'sik Sidi Othmane - Casablanca - Tél : 05 22 57 36 15

PPV: 230DH00

Bimatoprost

0.3 mg/ml

LUMIGAN®

PPV: 230DH00

Bimatoprost

0.3 mg/ml

LUMIGAN®

PPV: 230DH00

Bimatoprost

0.3 mg/ml

LUMIGAN®

LUMIGAN®

LOT R027278 1
EXP 06-2020
PPV 164.20 DH

LOT S002592 2
EXP 10-2020
PPV 164.20 DH