

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.

Diagnostique 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.

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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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- 0045495

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8666 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TABICH ABDERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0673 722401 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) :

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 Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000		G			35533411	11433553	Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
00000000	00000000															
	G															
	35533411	11433553														
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis														
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de														

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM : <u>TABICH</u>	Mle <u>8666</u>
DECLARATION N°	W18-405969	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>300,00</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		



W18-405969

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>8666</u>	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent													
Nom & Prénom <u>TABICH O. F. Abdesslem</u>																
Fonction : <u>MÉCANICIEN</u>	Phones <u>0673724401</u>															
Mail <u>ATABICH@ROYALAIRMAROC.COM</u>																
MEDECIN		Prénom du patient <u>TABICH O. F.</u>														
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>06/10/2011</u> Date													
Nature de la maladie <u>Affection dermatologique</u>		Date 1ère visite <u>06/09/19</u>														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes <u>Cs</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>300 dh</u>														
PHARMACIE		Date	Signature cachet du Pharmacien													
Montant de la facture																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET													
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET													
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													



Casablanca, le

4/08/19

Reçu

de M^{re} TABICH Omar, la femme
de son Dr pour consultation
spécialisée.

Dr. EL GHRARI Kenza
Dermatologue
Rés. Houssam Jassim, 175 Rue
Boukraâ, 2^{ème} étage Casablanca
Tél : 05.22.47.47.13

الدكتورة كنزة الغراري
إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية



DR. KENZA EL GHRARI
DERMATOLOGUE

Casablanca, le

4 Sept 2019

TARACH Dwar

29th

Incidence prevalence

2 flg x 1 sensitive

Pharmacie Sidi Souf
Mme HASNAOUI Asma
011 802 002 002
011 802 002 002

Dr. EL GHRARI Kenza
Dermatologue
Rés. Houssam Jassim, 175 Rue
Boukris 2ème étage - Casablanca
Tél : 05.22.47.47.13



Casablanca, le

05/09
M. TABICH Omar
- TCA 20% 59287
Sur arrachement
1 fl saucisse

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAJIK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 69 47 / 05 22 20 20 41

Dr. EL GHRARI Kenza
Dermatologue
Rés. Houssam Jassim, 175 Rue
Boukraf 2ème étage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 47 13