

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

- Réclamation : 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° W19-475162

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12039 Société : Manque SN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

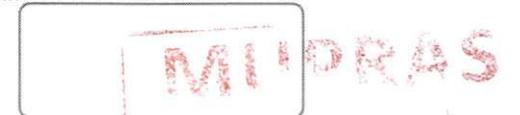
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 OCT. 2019

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

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
				<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 masticoire		Coefficient des travaux								
	H	G	<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession										

Veuillez indiquer le numéro de la dent traitée et la nature des soins.

Veuillez indiquer le nom et le numéro du praticien attestant l'exécution.

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-141068	
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		



W18-141068

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		12079
Fonction :		FIER ADVANE
Phones		0661140208
Mail		efier@royalairmaroc.ma

MEDECIN	Prénom du patient		Date
	Fjer		Aymore
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 1ère visite
Vinoe			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cs	2	200DH

PHARMACIE	Date
	27/07/2019
Montant de la facture	473.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX					Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

- nuca Uromica 9 H elenuemet malin
 $18.50 \times 6 = 111.00$
3 jarulis a 2 (S.V.) pldt 6 mis (S.V.)

- sabdilla 9 H grattage - gorge
 $18.50 \times 5 = 92.50$
3 jarulis a 2 l j pldt 6 mis (S.V.)

- Poumon Herdane 18 H systematique
 $18.50 \times 24 = 444.00$
3 jarulis a 2 l j pldt 6 mis (S.V.)

- Blatta overbala 16 H. systematique
 18.50
3 jarulis l j pldt 6 mis (S.V.)

- Euphasia 5 H : si concordante
3 jarulis a 4 l j pldt 6 mis (S.V.)

273.80

DI. PHARMACIES JERRA
372, Residence Al Habib, Gh42
Appt N° 1, Sidi El Ghazal, Complanca
Tel: 0522 75 01 97 - Urgence: 052 75 22 20
PHARMACIES JERRA, S.A.
Sidi El Ghazal, Bouabrid
Gh42 - Complanca
Tel: 28 84 75 789 89 14

Dr. Salma BENKIRANE

دكتورة سلمى بنكيران

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع

و الحساسية و مرض الربو

والطب المثلي

طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 27 pt 2008 : الدار البيضاء في :

Fjeu Aymone

7/1.00

(S.V)

- Oscillocoquinum

1 dose 8h

"

16h

22.50 "

22h

(S.V)

- Brufen Sirap

10.30 2 com a 3/ j si t = 7 300 =

- Doliprone 500mg

(S.V)

1cp a u 1 j en alternance
avec brufen pdt 2 j

Dr. BENKIRANE Salma
Pédiatre
Résidence Al Mostakbal Gh42
Sidi Mennane - Casablanca
Tél: 06 80 12 22 20