

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.

Reéducation :

- 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: spec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut: adhesion@mupras.com

La MUPRAS gère le régime de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc en partenariat avec la Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc.

Siège social: 10, rue de la Liberté, 20000 Agadir, Maroc. Téléphone: 0527 77 77 77



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

Déclaration de Maladie

N° W19-482904

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7310

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BARRY SALAH

Date de naissance :

15/03/1958

Adresse :

HAY FATAH 5 lot 29. LASM.

Tel :

0661702355

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 222, Bd Oued Melouza - El Ouita Casablanca - Tél 06 22 90 51 13	15/10/2019	34,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

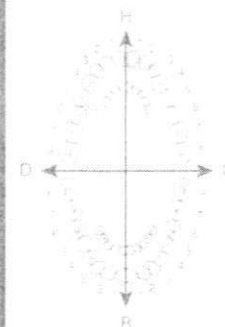
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

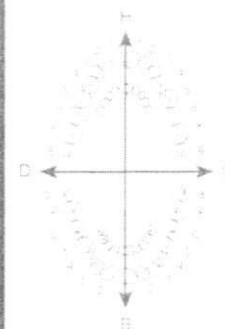
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE



[Creation, remont, adjonction]

Forme et fonction dentaire restaurée (signature)

DEBUT DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DE LA WILAYA

FACTURE N°: 30/19

Client : BARRY SALAH
Adresse : 15 LOT 29 HADJ FATEH
Ville : CASABLANCA
ICE : 001573273000063

Date : 15/10/2019

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
15/10/2019	CO	METFORMINE WIN 850MG B : 30 CPS	17,10	2	34,20
					Total
					34,20
					Remise
					0,00
					Net
					34,20

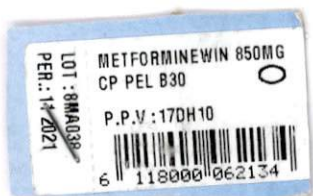
Dont TVA

0,00

S.V

Arrêtée la facture à la somme de :
Trente Quatre Dirhams, Vingt ctms

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222 Bd. Oued Moulouya - El Oulfa
Casablanca - Tél. 05 22 90 51 13



ADRESSE: 222 BD OUED MOULOUYA OULFA CASABLANCA

TEL: 0522905113 - FAX: - TP: 36004917 - CNSS: 1304188 - TVA: - IF: 51505010 - ICE: 001573273000063