

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.

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.

Education :

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.

Optaire :

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

Déclaration de Maladie : N° S19-0018477

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4160 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AZIM SAADIA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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.

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 travaux
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553	G	Montant des soins
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
					Fin d'exécution
Visa et signature du praticien		Signature et cachet du praticien			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 0060989		
DECLARATION N°	P 17 / 0060989	MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
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		



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

P 17 / 0060989

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 6160	Signature de l'adherent									
Nom & Prénom : R M SAADIA												
Fonction : RETRAITEE	Phones :											
Mail :												
MEDECIN	Prénom du patient											
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : Date									
Nature de la maladie		Date 1ère visite										
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				Signature et cachet du medecin								
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires									
PHARMACIE	Date : 07/10/19			Signature et cachet du Pharmacien								
Montant de la facture : 7130												
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :				CACHET								
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires										
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		CACHET								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> </table>		Nombre				AM	PC	IM	IV			
Nombre												
AM	PC	IM	IV									
		Montant détaillé des Honoraires										

Page: 1

PHARMACIE EL HILAL

77, Rue François Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS : 2013358 R.C : 295391 PATENTE N°: 34753673 I.F : 14481405 TEL : 05 22 25.96.06 FAX : 05 22 98.89.85 TICE : 00151323900001

4

CASABLANCA
FACTURE

Le 05/02/2004

Client.....: AZIM SAADIA

QUANTITE	DESIGNATION	PPV	MONTANT	TVA
1	ASPEGIC 100	21.80	21.80	7
1	ASPEGIC 100	21.80	21.80	7
1	ICARDIO ASPIRINE 100 B/30	27.70	27.70	0
DONT TVA: 7 %: 2.85			TOTAL :	71.30
DONT TVA: 20 %: 0.00			TOTAL NET:	71.30
TOTAL TVA : 2.85				

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
SOIXANTE-ONZE Dirhams 30 Centimes

