

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, parodontologie 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 rééducation.
- 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 : adh@mun.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-483856

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5692 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELSAH Touni

Date de naissance : 10-12-55

Adresse : IDM

Tél : 0601371232 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, co-muniquer 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

Donneur	Nature des Soins	Nature des Soins	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Mutuel ou du Fournisseur
Autres	Actes	Actes		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		6200

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.

	MONTE DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H D G B [Creation, remont, adjonction]	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTE DES SOINS
	DATE DE CREATION	DATE DE FIN	DATE DE CREATION	DATE DE FIN

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DE L'ORIENT

PHARMACIENNE
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE GRENOBLE



TÉL. : 36.75.51

R. G. N° 137.142 CASABLANCA

CASABLANCA LE

20/10/19

M

ELSAFI tonna
5672

DOIT

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Ritavacine st		22,70
1	T. Tanneine supas		19,30
			<u>42,00</u>

صالفة الشرق
 PHARMACIE DE L'ORIENT
 Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
 213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
 Tél: 0522 86 7551

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

ديلو ميديسين

مسحوق التحضير الشراب

أكياس 10

22,70

مختبرات الصيدلة فارما S
للحامين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

تيتانوروين

تحميل

LOT: 111960
PER: 12-14

PPM: 19,30 DH