

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 orthodontique, 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-470962

11477



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 33 75 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : NASBAR Nohamed

Nom & Prénom : NASBAR Nohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 DEC. 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 : 06/12/19 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE

Contrat N° : 0173.4502.801480-00
Adhésion N° : 00000358
Malade : Lui même
RIB :

Ste Contractante : VARUN BEVERAGES
Adhérent(e) : JNAINY MAJIDA*
Déclaré le : 22/11/2019

Soin du : 18/10/2019
Sinistre N° : 2019.4500.190431
Date Réglement : 29/11/2019
N° Réglement : S201912001587

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Totaux	300.00	0.00	300.00		240.00
Règlement Compagnie (Dhs)					240.00

Dossier N° : 000444025

Observation(s) :

Signature de l'adhérent(e)

Suivez vos remboursements maladie
en ligne sur SANAD Connect



RECOMMANDATIONS

TRES IMPORTANT

Pour obtenir le remboursement prévu, l'Assuré doit se conformer aux indications ci-après :

- 1 - Cette déclaration doit être dûment remplie, signée et cachetée par le ou les praticien (s)
- 2 - A cette déclaration il faut joindre :
 - L'Ordonnance comportant le nom et le prénom de la personne malade inscrits par le medecin traitant.
 - Les prospectus, les vignettes et les P.P.M. des médicaments.
 - Les comptes rendus des analyses médicales (et ou) de radiographie.
 - En cas d'hospitalisation : la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
- 3 - En cas de traitement dentaire il faut demander l'accord écrit de la compagnie pour les extractions de plus de 8 dents, pour la prothèse et les soins spéciaux.
- 4 - Toutes pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'Assureur DEUX MOIS au plus tard après la constatation médicale.

« Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A - A - 111 / 2014 »

OBSERVATIONS DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES



000444025

Société Anonyme au Capital de 250.000.000 de Dirhams
Entreprise régie par la loi N° 17-99 portant code des Assurances
C.N.S.S. 113 6680 - R.C. Casa 5825 - T. P. 357 70111 - L.F. 1084016 - ICE 000230942000017
181, Boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél. : 05 22 95 78 78 (L.G.) - Fax : 05 22 36 07 96

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)



N° de la convention

N° d'adhésion

0358

CONTRACTANT

NOM ET PRENOM
DE L'ASSURE

NOM ET PRENOM
DU MALADE

Degré de parenté
avec l'assuré

A Le

Le Contractant
(Cachet et Signature)

Signature de l'Assuré

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade D. NAINY Malik Age : 1 Ans
 Nature de la maladie examen cardio de l'oreille
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Montant	Cachet du Pharmacien		
18/10/19	C.V.	3000M					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien	Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

☐ DEVIS
 Etabli le

☐ TRAITEMENT
 Commencé le
 Terminé le

SOINS				PROTHESE	
Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	

Partie réservée au contrôle

Montant des soins
 DH

Montant de la prothèse
 DH

Cachet et Signature du praticien
 (s'il s'agit d'un devis)

Cachet et Signature du praticien
 attestant l'exécution et le paiement des
 soins (et ou) de la prothèse

Jnainy, Majida

ID: 1

D-naiss

ans.

18-Oct-2019 18:11:25

Fréq. Card.	69 BPM
Int PR	128 ms
Dur. QRS	77 ms
QT/QTc	387/406 ms
Axes P-R-T	32 52 50

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE

Non confirmé

