

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothèse dentaire :

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° P19- 063121

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001198

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENAJAR RACHIDA

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.

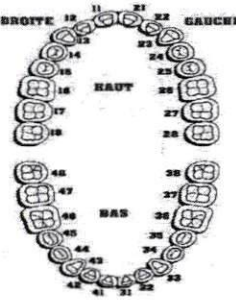
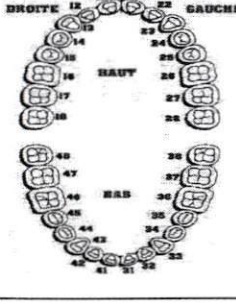
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à :

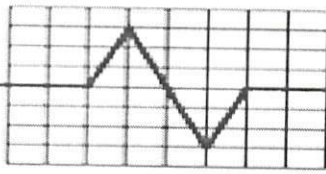
Le :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
			
			Coefficient des
			Montant des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des soins
			Date du devis
			Fin de
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
VOLET ADHERENT NOM : Mle			
DECLARATION N° W18-365699			
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		W18-365699	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0001198	
Nom & Prénom BENAJAR RACHIDA (Veuve RAHMI)		Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent	
Fonction : Phones :			
Mail rachida.benajjar@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age :		Date 29.01.2020	
Nature de la maladie HTA		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes G + ECH	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 250 DH	
PHARMACIE		Date 29/1/2020	
Montant de la facture 1187,00			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			



الدكتور عبد الإله بنحليمة
DOCTEUR Abdel-ilah BENHALIMA

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
CARDIOLOGUE

PHARMACIE SIDI M BAREK
Amal BOUHOUCHE
Docteur en Pharmacie
460 Targa Sidi M'barek
Tél : 05 24 34 90 96

Marrakech le : 29/01/2020

MME BENAJAR RACHIDA

72.00x2
1. Détensiel 10 mg - comprimé pelliculé
1/2 Comprimé, matin

239.00
x 4
2. Coaprovel 300 mg /12,5 mg - comprimé
1 Comprimé, matin

87.00
3. RELAXIUM B6 - Gélule
1 gelule le soir 1 BOITE



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH

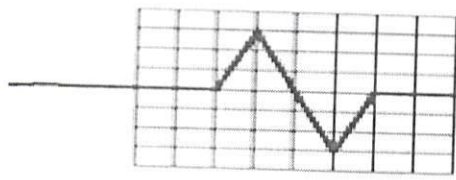


traitement 4 mois + controle



Votre prochain rendez vous le à

5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH
Tél 05.24.43.14.00 Fax 05.24.43.76.31



الدكتور عبد الإله بنحليمية
DOCTEUR Abdel-ilah BENHALIMA

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
CARDIOLOGUE

Facture N°: 1713

Date : 29/01/2020

Patient : Mme Benajar Rachida

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 29/01/2020				
CNS	Consultation	1	250.00	250.00
		Total		250.00

Arrêté le présent document à la somme de :
deux cent cinquante dirham(s)



BENAJAR, RACHIDA
ID:
D-naiss: 26.03.1958
61ans,

29.01.2020 15:32:07

RYTHME SINUSAL
ECG NORMAL

Fréq.Resp: 60 BPM
Int PR: 179 ms
Dur.QRS: 86 ms
QT/QTc: 417 / 418 ms
Axes P-R-T: 54 15 12
Moy RR: 987 ms
QTcB: 419 ms
QTcF: 418 ms

Non confirmé

