

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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 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

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° P19- 047328

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1687 Société : 26698

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALHI Ahmed

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047328

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 travaux | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | Montant des soins |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



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

P 17/0059476

DATE DE DEPOT

/ / 201

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | | | Mle 1684 | Signature de l'adhérent |
|---|----|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Nom & Prénom <u>SALHI Ahmed</u> | | | | | |
| Fonction <u>Refect</u> | | Phones | | | |
| Mail | | | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient | | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | | Conjoint <input type="checkbox"/> | | Enfant <input type="checkbox"/> | Age |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | | |
| <p>Signature et cachet du Pharmacien</p> <p>DOCTEUR MEDICIN GÉNÉRAL Bd. Abdellah Dharradj II Téléphone 80 22 468</p> | | | | | |
| PHARMACIE | | Date <u>18/03/2020</u> | | | |
| Montant de la facture | | <p>339.20</p> <p>ALAOUED MEDICINE PHARMACIE Rue 300, N° 20 - Ain Chock Hôpital Med Sahel - Casablanca Tél: 80 22 21 23 64</p> | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date <u>22.03.2020</u> | | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | | | |
| CACHET | | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | Date | |
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV | | |
| | | | | CACHET | |

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° **P 17/0059476**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet
MUPRAS

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

Docteur Abdessadek NAOUR

MEDECINE GENERALE

468, Bd. Abdellah Sanhagi - 1er étage

Drissia 2 - Casablanca

Tél. : 022 80 22 40

الدكتور عبد الصادق ناور

الطب العام

468، شارع عبد الله الصنهاجي - الطابق 1

الإدرسية 2 - الدار البيضاء

الهاتف : 022 80 22 40

المستعجلات : 061 32 09 60

الدار البيضاء، في 18 MARS 2020

SMITH ATTIZI

37.00 ② Dmox 4

34.12

DOCTEUR NAOUR ABDASSADEK
MEDECINE GENERALE N° 468
Bd. Abdellah Sanhagi - 1er étage
Drissia 2 - Casablanca
Tél. : 022 80 22 40

MARS 2020

N° 241
Niphonil 100
7 el 241

100 per - 241

75.9
193.10

339.20

Contiplet 0.5
140/100 x/1mm

LOT 190818
EXP 02/2022
PPV 75.00DH

NIFLURIL 30 gélules

PPV 34DH10

EXP 10/2022

Lot 97035 2

PPV: 193DH10

CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Intervent N°: 213/14 DMP/21/NN

BUOXOL 500 mg / 2 mg **جوسول**
Boîte de 20 comprimés 20 قرص

37,00