

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.

Éducation :

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

Nº P19- 051582

M 30050

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00755

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A.RIF RABIA

Date de naissance :

Adresse : 18, Rue 18 HAY OULFA CASA

Tél. : 0660 589018

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) : 

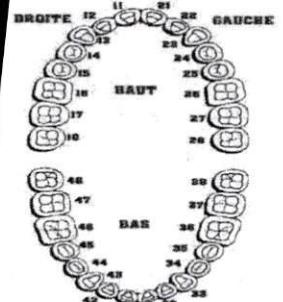
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Il vous suffit de fournir une facture.

Il vous suffit de joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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

Coefficient des travaux

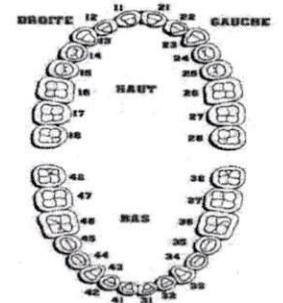
Montant des soins

Date du devis

Fin de

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : _____

Mme

DECLARATION N°

W18-402241

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

W18-402241

DATE DE DEPOT

/201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 00755

Nom & Prénom

ARRIF RABIA

Fonction :

Retraitee

Phones

0660587018

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Rabia

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 27/05/20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affec neurologiq

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Non

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

C5 C2

250 Dhs

PHARMACIE

Date 27/05/2020

Montant de la facture

191,40

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

FC

IM

IV

CACHET

Dr. Mohamed MOKRI
NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie et maladies du crâne,
Système nerveux et de la colonne vertébrale.
Traitement de l'épilepsie
Electroencéphalographie

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Meknès
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca



الدكتور محمد المكري

اختصاصي في جراحة وأمراض الرأس،
الأعصاب و العمود الفقري
علاج داء الصرع (الكبار و الصغار)
التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب رئيسي سابق بمستشفى محمد الخامس - مكناس
جراح سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le : 27/05/2020

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj NASSAR
Docteur en Pharmacie
55 Av. Oued Sebou
Tel / Fax : 03 22 90 53 45
ICE : 001541468000057

126,00

Arri

Rabia

PPV: 126 DH 00

0 x 08
0 x 01 mois
27,00

27,00
PPV: 27.000 DH
01/06/2020
11/06/2020
PV: 27.000 DH

27,00

Alivio

0 x 05
1 x 1 ALGANTI
PPV: 90DH70

19,70

Algantil 25

1 x 031
VITATLON 500®

19,70

vitolton plus

PPV 160DH70
EXP 03/2022
LOT 80084 3

191,40

Dr. MOKRI M.
NEUROCHIR.
Bd. Mohamed Bouziane
Imm.4 App.2
55 Av. Oued Sebou
55151 Meknès

مدة فرحتين، عمارة 4 ، شقة 2- الطابق الاول، سيدى عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسيما سيدى عثمان)
Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 App.2
1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (près de Acima Sidi Othmane)

Tél.: 0522.551.092

GSM.: 0667.125.796