

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.

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

- Reclamation : 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-477365

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

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 : 18/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

A. TAHIRI

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates d'Actes : 18.3.2020

Nombre et Coefficient : 6

Montant détaillé des Honoraires : 1083,00

Cachet et signature du Médecin : [Signature]

INPE N° : 091021618

Docteur BENOUKOUIN Driss
Rue du 11 Mars 1963
Tél : 22.05.08

ARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Ghandi &
Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Téléphone : 05.22.36.66.22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date : 18.3.2020

Montant de la Facture : 1083,00

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 : AM, PC, IM, IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H : 26533410, 21433550
D : 20533000, 20533000
G : 20533000, 21433550
B : 20533000, 21433550

[Creation, remont, adjonction]

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **BENCHEKROUN DRIS**
 DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUS
CARDIOLOGUE
 DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
 DE CARDIOLOGIE
 Maladies du Cœur et des Vaisseaux
 SUR RENDEZ-VOUS



Exforge® 5 mg/160 mg
 28 comprimés pelliculés

ادريس
 تولوز
 بن القلب



Casablanca, le 18.3.2020 في الدار البيضاء

Dr. TANI Abdelmalek

3x 361,00

Exforge 5/160

14/4



Exforge® 5 mg/160 mg
 28 comprimés pelliculés

T = 1083,00

3 minutes

Docteur **BENCHEKROUN Driss**
CARDIOLOGUE
 Résidence BEN OMAR
 Rue Ibn Nafiss
 Tél : 25.00.00.00

PHARMACIE L'ORCHIDEE
 Angle Boulevard Ghandi &
 Angle Route d'Azemmour
 21 500 CASABLANCA
 Téléphone : 05.22.36.66.22

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء
 RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25