

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.

Diagnostique 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- 053376

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société : L1217

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIANI MOHAMED

Date de naissance : 11/1/1945

Adresse : 19 Rue OUKHOUANE BOY RATA CAS

Tél. : 06 71 42 67 30 Total des frais engagés : 14,82 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 :

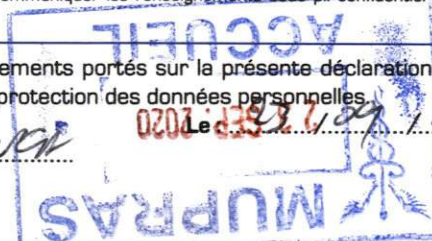
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 27 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552	
	D 00000000 00000000	
	G 00000000 00000000	
	35533411 11433553	
	(Création, Remont, adjonction)	
	Montant des soins	
	Date du devis	
	Fin de	

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-383459	
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

W18-383459

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1098
Nom & Prénom		DIANI MOHAMMED
Fonction	RETARTE	Phones 0671426270
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	Dr. Ahmed Belkacem
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date	18/8/20
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	
25	-3000	
15	+1000	

PHARMACIE	Date	18/8/20
Montant de la facture	282,10	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

SANOFI

29, N° 3 Batiment H 1 - Boulevard Mohammed VI

Complexe ERAC
CASABLANCA

Tél : 022 44.59.40

Fax : 022 44.59.14

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH

6 118001 081301

SANOFI

خروج ج. ب. ر. ص.
29 رقم 3 عمارة ح 1 مركب
وزارة السكنى شارع محمد السادس
الدار البيضاء

الهاتف : 022 44.59.40

الفاكس : 022 44.59.14

18/8/2020.

D. DIANE Thanaef.

267x = 534 -

XATRAL 12.6

up life up 6 life

66.3 - DETROUARD 12.6

4ep - 1/2u - 1/24

70 - DOXYMYCONE 200

up si

668

668.30



Remarque du
Maire C.H.H.
Rue Al Oukhiane
Casablanca - 201
05 22 38 88 73

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 700DH0
EXP 02/2022
LOT 9H0211

EST 20007
PER FEV 23
PPV 57DH10

57,10



EST 20001
PER JAN 23
PPV 57DH10

57,10

