

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.

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-573308

ND: 41564

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50063 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Deces
 Nom & Prénom : Mr AATSI Zahra Vve RIDAOUI AMON
 Date de naissance : 1949
 Adresse : 06 PLATEAU IM7 APT 48 CASA
 Tél. : 0666 747 83 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Mr AATSI Zahra 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) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA Cachet du Pharmacien 61, Av. des FAR - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69 22/9/2020	21/9/2020	699,60 22,70

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE MARHABA Cachet du Pharmacien 61, Av. des FAR - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69			

AUXILIAIRES MEDICAUX

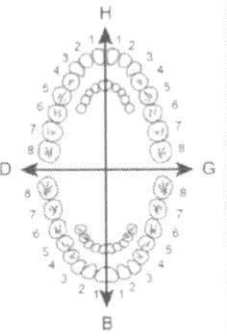
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

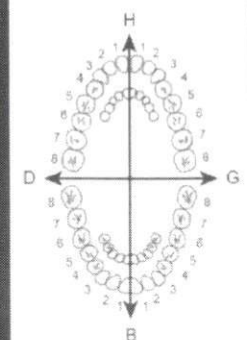
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ valable 3 mois

Le 01/02/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : AAISSI ZARA

Présente Diabète, HTA - Coronaropathie

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 ans renouvelable
en forme T/100, Cardiolite, Rosartol, aspir

Dont ci-joint ordonnance : du 01/02/2020

(à défaut noter le traitement prescrit)

صيدلية مرجبا

Pharmacie Marhaba

André ACHOUR

Diplômé de la Faculté de Marseille

61, Avenue des F.A.R. - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 16 40 - Fax : 05 22 31 43 69

R.C. 118264 - I.F. N° 43900800

ICE N° 001667749000020 - INPE N° 092041391

Casablanca, le 21/9/2020

FACTURE N°

M^{re} AASSI Zahra

DOIT

2	Cardensiel 5	58,10	116,20
2	Expr gen 5/160	264,00	528,00
2	Cardensiel 5	27,70	55,40
		699,60	
		Dalgie chronique	
<p>Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.</p> <p>6 118001 090280</p>		<p>NOVARTIS PPV : 264,00 DH</p>	
<p>Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.</p> <p>6 118001 090280</p>		<p>NOVARTIS PPV : 264,00 DH</p>	
<p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873</p>			
<p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p> <p>6 118001 100873</p>			

صيدلية مرجبا

Pharmacie Marhaba

André ACHOUR

Diplômé de la Faculté de Marseille

61, Avenue des F.A.R. - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 16 40 - Fax : 05 22 31 43 69

R.C. 118264 - I.F. N° 43900800

ICE N° 001667749000020 - INPE N° 092041391

Casablanca, le

22/9/2020

FACTURE N°

M

ANISSI Zaher

DOIT

1	Brayeur	2270
<p>PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, Av des F.A.R - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69</p>		
<p>LOT : PER : PPV : 2270 1</p>		