

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.

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

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- 055116
ND: 45732

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03-03-1957

Adresse :

Tél. : 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : 40,88.E Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/04/2020

Nom et prénom du malade : Sadia FERRAI Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Ect. Anus de mœuf + DT2

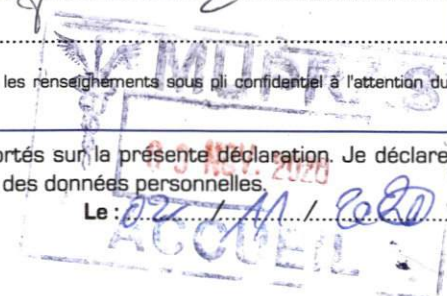
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 02/11/2020

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
17/10/20		1	60,88	Dr. Nadia EL JADOURI Le Médecin Infirmaria de Gorriz PLACE D'A...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TRINCAL 55, rue Marcheron 92170 VANVES - 92 2 017454 Tél 01 46 42 09 01	16/10/20	40,88 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

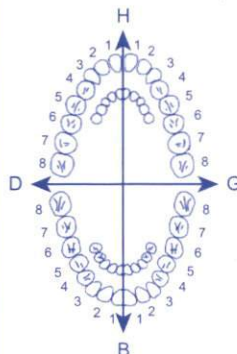
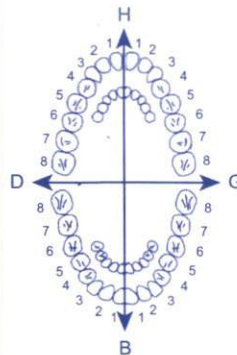
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

ORDONNANCE

le: 15/10/2020



Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin - Colonel
Infirmerie Garnison - Casa

g - Saad - ZER



PC: 03400937224611

SN: 37875797624
EXP 11/2024
Lot E204087

Quelques phrases 850

dp L

Sulpirid 500 mg

500 mg

C'est suffisant et sin (ok) Mon



Signature et cachet :

Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin - Colonel
Infirmerie Garnison - Casa



PC: 03400937224611

SN: 37834534485
EXP 11/2024
Lot E204087

INPE 091040507

PHARMACIE TRINCAL
TRINCAL

55 RUE RAYMOND MARCHERON
92170 VANVES
Tel : 01-46-42-03-81
Fax : 09-70-29-50-18

N° Caisse : 92 2 01745 4
Opérateur : WR
ZERRAD SAADIA

Code S dte Designation
Ordon.

Facture 237010 du 26/10/2020
Délivrance du 26/10/2020
Non Sécurisé
MEDECIN FICTIF
351999966
Ordo du 16/10/2020

3400937224611	N	2	GLUCOPHAGE 850MG CPR 90	PH7	7,36	5,53	1,02	000
401647								
3400935153609	N	6	SULPRIDE 50MG MYLAN GELU PH4		2,32	2,32	1,02	000
401648								
HDR								
N	1		Honoraire medicament remb HDR		0,51	0,51	0,00	000
HDE			Honoraire medicament spec HDE		3,57	3,57	0,00	000
Total			40,88 Total RO 0,00 Total RC 0,00 Total Assure		40,88			

Lot JY002
EXP 03/2022
SN 2MSFMVNF86



Lot JY002
EXP 03/2022
SN 276KW9P336



Lot JY001
EXP 12/2021
SN 2PMRCS56F



Lot JY001
EXP 12/2021
SN 24576C2KNA



Lot JY002
EXP 03/2022
SN 2KH929CP46



Lot JY002
EXP 03/2022
SN 17C31GW6K

