

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.

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

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- 061801
47380
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

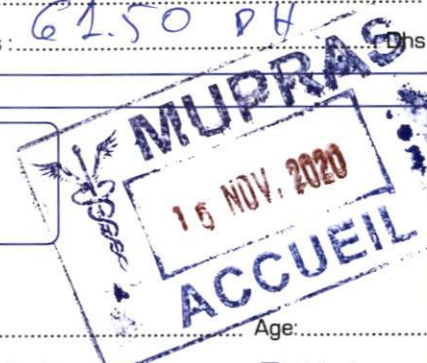
Matricule : 2675 Société : RAA
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mousi' F. Oua
Date de naissance : 15/01/53
Adresse : Cité ENNAH 1 Rue 92 N° 81, CAS
Tél : 06.17.65.3811 Total des frais engagés : 61.50 DH

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 : 15/11/2020
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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G			Montant des soins <input type="text"/>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>
				Fin de <input type="text"/>

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-103846	
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		

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

WV17-103846

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction :

Phones :

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date

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

PHARMACIE

Date

13/11/2020

Montant de la facture

61,50

PHARMACIE PORTE D'ANFA
Boulevard AMAR
197, Bd. Bourgoigne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 5724689 - ICE : 002312695000015

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

PORTE D'ANFA SARL AU,
PHARMACIE PORTE D'ANFA
197 BD Bourgone
CASABLANC
ICE002312695000015
Patente: 35653328

NPE : 092048918 Facture N°: 589 626

Ref N°: 13/11/20/ 8

Client: Client Comptoir *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
-----------------	-------	-----	---------------	-----------

MOBIC 15MG/14 COMPRIME	CO	1	61,50	61,50
------------------------	----	---	-------	-------

Total à Payer:	61,50
----------------	-------

La présente facture est arrêtée à la somme de:

SOIXANTE ET UN DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES###

Le : 13-novembre-2020

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU
Bouchra AMAR
197, Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015