

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

Nº W19-584416

48750

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 3176 Société : royal air marine

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARISSA REDOUANE

Date de naissance : 07/03/1964

Adresse: HAY AL WALFA IR 16 IMM 1 SECT 2 AP 20

[illegible]

Tél. : 06 71 73 25 20 Total des frais engagés : 537,60 C

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2020

Nom et prénom du malade : FARISSI - ASMAA Age: 20 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ ~~Enfant~~

Nature de la maladie : Edipathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquez l'enseignement à votre 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 : Casablanca le 14/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-584416

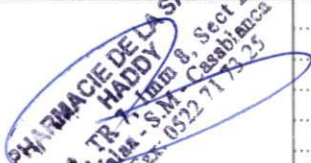


Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 7778

Nom de l'adhérent(e) : MALISS K.

Total des frais engagés : 32,8

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

[illegible]

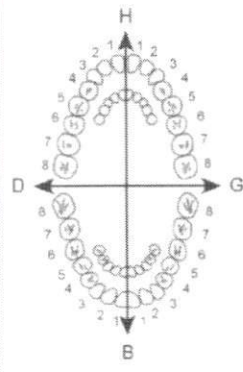
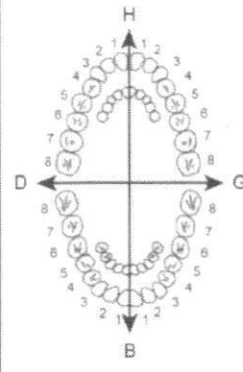
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																
				DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																
				FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div>H</div> <table> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <div> <div>D</div> <div>G</div> </div> <table> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div>B</div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>								
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																
				DATE DU DEVIS <table><tr><td></td></tr></table>																
				DATE DE L'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

122,80

Hépatogastro-Entérologie

DR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 04/11/2020

Melle FARISSI Asmaa

BIOVOM 30 GELULES
LOT : S01
PER : 04/2023
PRX : 115 DH

PEGASUS PHARMA

57, Bd Okba Ibnou Nafâ,
Hay Mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziane@yahoo.fr

115.00
BIOVOM
1 gélule, 3 fois par jour avant repas

Fibroskopie
Diagnosticque
et thérapeutique

122.80
EUZOL 40MG
1 gélule le matin avant repas

237.80
Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

PHARMACIE DE LA SANTE
Prof. TR 7 HADDY
Hay Walea - S.M - Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et du Tube Digestif
9, Bd. Chérif el-Moudjahid - Hay Mohammadi
Tél: 05 22 62 90 90