

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 061802

ND: 49711

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6724

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom et prénom :

MAACHROUHI

CANCEN

Date de naissance :

10/10/1953

Adresse :

Residence

AL Fajr

Tél. :

55 67 74

Total des frais engagés :

820,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Maachrouhi Mehdi

Age: 18 ans

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 :

CASA

Le : 02/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

SOINS ET PROTHÈSES 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 <input type="text"/>
			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															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000	G	35533411	11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000	G														
	35533411	11433553															
		Montant des soins <input type="text"/>															
		Date du devis <input type="text"/>															
		Fin d'exécution <input type="text"/>															

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

P 14/0031471

DATE DE DEPOT

02 / 12 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1724														
Nom & Prénom: MACHROUHI LAHCEN																
Fonction: Retraite	Phones: 0645 356774															
Mail: /																
MEDECIN	Prénom du patient: Mehdi															
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age: 18 ans	Date: 7/11/2020														
Nature de la maladie: <i>Diabète + gdh</i>		Date 1ère visite: / /														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes: <i>✓</i>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires: <i>2000</i>														
<p>PHARMACIE Date: 7/Nov/2020</p> <p>Montant de la facture: <i>62090</i></p>																
<p>ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date: / /</p> <p>Désignation des Coefficients</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>																
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX Date: / /</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

DI. HORMAT Noureddine
Médecine Générale
51, Rue Brouhaïss Maarif - Casablanca
Tel.: 05 22 25 81 62

PHARMACIE LA COLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss - Maarif
CASABLANCA
Tel: 0522 25 71 07

Docteur HORMAT Nouredine

MEDECINE GENERALE

Echographie Générale

Médecin Agréé pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss
Angle (ex. Jura et Faucilles)
Maârif - CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب مقبول لرخصة السياقة

51, زقة ابن النفيس
المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 81 82

Casablanca, le 07/11/2020 في الدار البيضاء.

MACHROUHI Zedoh

PHARMACIE LA COLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 71 07

PPV: 185,60 DH
5 118001 08204

134,80

133,60

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

Dr. HORMAT Nouredine
Médecine Générale
Médecin Agréé Permis de Conduire
51, Rue Ibnou Nafiss - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 25 81 82

116,10

620,90