

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 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

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 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° W19-523650

55998

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

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 :


Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
29/12/2020		c2	250014	INP : 091019786

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/2020	3579,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

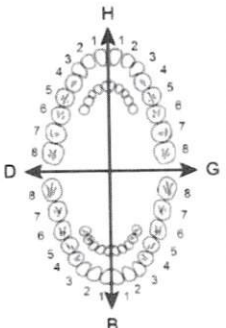
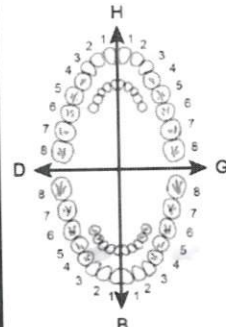
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômé de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



جاسن التمارجي

الغدد - السكري

رمونات

ديكارت بباريس

ORDONNANCE

Casablanca

ISMAILI MALIKA

24.4.46
• Levothyrox 100 µg

1 COMP MATIN AVT REP 6 MOIS

92.10.46
• Amarel 3 mg

1 COMP MATIN AVT REP 6 MOIS

390,0046
• Galvus met 50 mg / 850 mg

1 COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AP REP 6 MOIS

64,00
• Canestene 1%

• Tahor 10 mg

1 COMP LE SOIR AP REP 6 MOIS

79,0046

3577,00

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00
6 118000 250340
Emballage scellé.

Laboratoires
Pfizer S.A.

LOT N° :

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00
6 118000 250340
Emballage scellé.

Laboratoires
Pfizer S.A.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00
6 118000 250340
Emballage scellé.

Laboratoires
Pfizer S.A.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00
6 118000 250340
Emballage scellé.

Laboratoires
Pfizer S.A.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00
6 118000 250340
Emballage scellé.

Laboratoires
Pfizer S.A.

6 118001 031085
GALVUS MET® 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031085
GALVUS MET® 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031085
GALVUS MET® 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031085
GALVUS MET® 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031085
GALVUS MET® 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

LOT : CTO10E
PER : 09 2024
PPV : 64 00

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Royal - 2ème Etage
Imm. Communale 1er Etage
Casablanca - Tel: 05.22.95.31.46

LOT : 7MA013
PER : 09 2020
AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH90

LOT : 8MA013
PER : 11 2021
AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10

LOT : 8MA013
PER : 11 21
AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10

LOT : 9MA014
PER : 04 2022
AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10

LOT : 8MA013
PER : 11 2021
AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10

18000 060017
P.P.V : 92DH10

18000 060017
P.P.V : 92DH10