

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 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 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° W21-762884

145189

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : YASSINE KAMAL

Nom & Prénom : YASSINE KAMAL

Date de naissance : 21/07/1971

Adresse : HUY J. J. rue 1264 Bis HM

Tél. : 0668914028

Total des frais engagés : 64,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : C. NINJA

Date de consultation : 15 JAN 2013

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 : Casa Le : / /

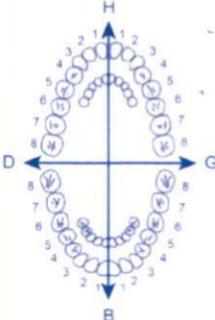
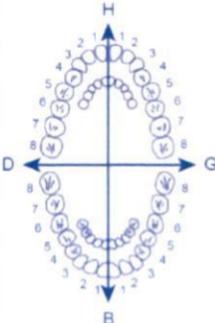
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/01/23		64,00

[illegible]

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 l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D 25533412 00000000 G 21433552 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> B 00000000 35533411 B 00000000 11433553 </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE TISSIR 2
DR. HAJOU SALWA
AV. A N° 58 HAY MOHAMMADI
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 31916566

N° R.C. : 382242

N° CNSS : 8302242

N° ID.F. : 40707250

N° ICE 001663777000079

Tel : 0522626701

Fax

Yassir kamal

I.C.E. :

CASABLANCA

Le : 13/01/2023

FACTURE N°: 123/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	KALEST /14	42,00	7	42,00
1	RHUMIX	22,00	7	22,00

TVA 7%: 4.19

Total : 64,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SOIXANTE QUATRE DIRHAMS

PHARMACIE TISSIR
Dr. Salwa HAJOU
Bd. A N° 58 Hay Mohammadi
Casablanca Tél : 0522 626701

