

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 :

- Correspondance du médicament prescripteur et la facture de l'antécédent sont à joindre à la feuille de soins.

Références

- 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 NLP et NIG

- 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'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

Nº W21-812697

189807

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9403	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENLEMLIH YASSINE			
Date de naissance :		17/01/1973	
Adresse :		LOT CENTRAL PARK N°6 BOUKOURT	
Tél. :		06 63 60 8624	
Total des frais engagés : 664,30 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> Dr HARFAOUI Abdennaceur Professeur Chirurgie Traumatologique Orthopédique Assayouti Place des Iris Casablanca Tel: 052 94 59 45 Gsm: 0661 30 54 12 </div> </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :		04/01/2024	
Nom et prénom du malade :		BENLEMЛИH YASSINE	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		Dentition et parodontite	
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 : Crosby le : 04/09

Signature de l'adhérent(e)

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/01/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestante le Paiement des Actes
01/07/2014	S		100	INP 100 091073908
				RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES INP 100 091073908 Signature du Médecin Signature du patient Signature de l'assureur Signature de l'organisme de placement Signature de l'organisme de placement Signature de l'organisme de placement

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

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le 01/01/2024 الدار البيضاء في

Ben Lemlih Adam

144.30 ① ISOX 200 ~~60.00~~ 201

22.00 ② Cedol 8.00 74 34 22.00
PVC: 198.00DH

198.00 ③ Naceur 8.00 1a 21
364.30

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique-Orthopédique
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 50 54 12