

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

N° W19-473140

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : 13207 Société : RAM (32575)

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LYAMEN YASSINE

Date de naissance : 31/05/1995

Adresse : Hay Chirifa Rue 3 N°108 Ain Chock Casablanca

Tél : 06-75-21.81.53 Total des frais engagés : 120 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2019

Nom et prénom du malade : LYAMEN Yassine

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

Nature de la maladie : Gastro-Enterite

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 12/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/10/19	C	C ₁	120DH	INP : 091057296 الدكتور الفتيحة Dr. Fatiha N°1, Im. 528, Résidence Addamane Ain chock-CABA - Tél: 0522.50.11.90

الدكتورة القيش فتيحة
Dactary El-Fatih Fatiha
N°1, Im. A28 Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tél:0522.50.11.90


[illegible][illegible][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'OC

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 border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
			FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D ————— G	
	00000000 00000000 35533411 11433553	
	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS