

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

0664 160 373
Déclaration de Maladie

N° W19-543433

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08602 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ARRAYECH MUSTAPHA

Date de naissance : 16/07/1965

Adresse : 37 Rue TIFNIT N°5 Renaissance SALMA

Tél. : 0667 78 0095 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. DEBBAGH Adil
Chirurgien Urologue
Casablanca

13 JUL 2020

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ARRAYECH Mustapha

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

Nature de la maladie : Colique néphrétique

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 : Casablanca

Le : 13/07/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/07/2008 | | 1 | 3000,00 | INP : 06003990 |

Pr. DEBBAGH Adil
 Chirurgien Urologue
 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

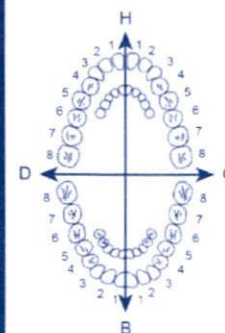
IM

IV

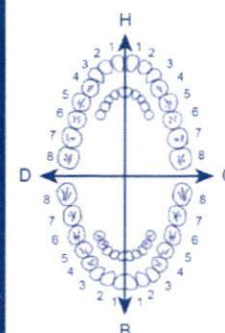
Montant détaillé
 des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous
 les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
 PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
 MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|---|--|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| B | | G | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 35533411 | 11433553 | | |

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS
 DES SOINS

DEBUT
 D'EXECUTION

FIN
 D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Casablanca, le 06-7-2020

M^r

ARRAVECH Mustapha

Moto d'honneur

300,00

Trois Cent d'honneur

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 022.39.87.87 - 022.39.60.10 / 13
022.39.69.36 / 37
Fax: 022.39.14.39

Pr. DEBBAGH Adil

Chirurgien Urologue
Casablanca