

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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.

aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-
ND: 33398 066474

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1041

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KSM Aa

Jakk Loufi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 099 3229

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 : Jakk Loufi Asmaa.

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

Déclaration de maladie Nº P19-066474

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

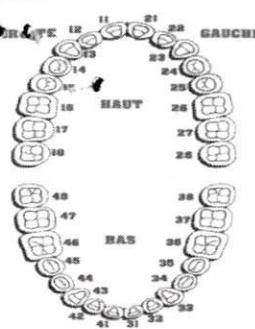
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prie de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

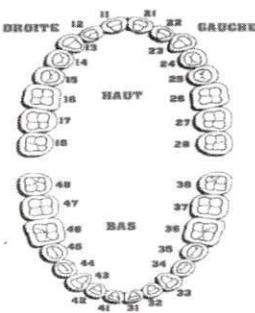
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
			Montant des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution

**ODF.
Prothèses dentaires**



Détermination du coefficient masticatoire

D	H	G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

D	H	G

Montant des soins

D	H	G

Date du devis

D	H	G

Fin de

D	H	G

VOLET ADHERENT

NOM : **MAKHLOUFI**

Mle **10411**

DECLARATION N°

W18-405943

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

300,-

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

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

W18-405943

DATE DE DEPOT

17/06/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 10411

Nom & Prénom **MAKHLOUFI ASMAF**

Fonction : **AGENT** Phones **0660993229**

Mail **AMAKHLOUFI@RAM.COM**

MEDECIN Prénom du patient **MAKHLOUFI ASMAF**

Adhérent Conjoint Enfant Age **44** Date **20/01/2022**

Nature de la maladie **Sain Dents** Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

CS **2** **300,-**

DR MELHAOUI Adly
Neurochirurgien Supérieur
Professeur de l'Enseignement Supérieur
CHU Royal - Salle 106 89195593
106 61267709 06 89195593

PHARMACIE

Date **15/06/2020** Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : **17 JUN 2020** Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : **17 JUN 2020** Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

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

17 JUN 2020

ACCUEIL SIEGE RAM

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

W19-421719

ACCUEIL SIEGE RAM

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société

Maladie

Dentaire

Optique

Autres