

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-481924

ND: 36963

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 7469 Société : RAM

Matricule : 7469 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Autre

Nom & Prénom : G. VERHOUDI Amine

Date de naissance : 17/08/2020

Adresse : 17/08/2020

Tél. : 06 61 65 60 39 Total des frais engagés : 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/08/2020

Nom et prénom du malade : Amine Age : 17/08/2020

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

Nature de la maladie : 17/08/2020

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17/08/2020

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 : 17/08/2020 Le : 17/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Dr BENHACHEM Pharmacie Dar Assalam 32 Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 93 22 31 | 10/08/20 | 99.00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[illegible][illegible]

SECOURS

Veillez jo

acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

ses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tél : 06 22 93 22 31

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Facture N° 43

Le 10 08 20

| Quantité | Désignation | P.U. | Total |
|---|-------------|--------------|--------------|
| 01 | VegeBom | 99,00 | 99,00 |
| | | <u>TOTAL</u> | <u>99,00</u> |
| <p>André la présente facture à la</p> <p>Somme de quatre Vingt deux Neuf</p> <p>dirhams</p> | | | |

Dr. BENHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tél : 06 22 93 22 31