

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

Réclamations 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.

Biologie 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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0004152

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

50553

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AVLADA M'Hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0537805197 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 Copjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-04152

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 :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

courrier

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES					
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture.</p> <p>Veuillez joindre les radiographies : en cas de prothèses ou de traitements canalaire, ainsi que le plan de l'ODF.</p>					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins	
	DROITE 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 GAUCHE 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32				
	HAUT 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42				
	BAS 43 44 45 46 47 48				
	49 50 51 52 53				
	D.O.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	H		
	DROITE 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 GAUCHE 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		G
	(Création, Remont, adjonction) Fourniture, thérapeutique, nécessaire à la prothèse				
	VOLET ADHERENT	NOM :	Mle		
DECLARATION N°	W16-055916				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
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					

MUPRAS		W16-055916	DATE DE DEPOT	
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		/...../201...	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle		
Nom & Prénom OULADA M'HAMED Fonction Retraité Phones. 05 37 20 31 47			<i>✓ fourre</i>	
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient	<i>Oulada... H.mamed</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		Age	Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>Vaccination</i> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Coefficient des travaux				
Montant des soins				
Date du devis				
Fin de				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>19.11.202</i>		<i>Cm</i>	<i>200</i>	
PHARMACIE		Date	<i>19/11/2020</i>	
Montant de la facture		<i>125,30</i>		
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
<i>U.C</i>		<i>DEC. 2020</i>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
<i>DOCTEUR S. OULADA M'HAMED</i> <i>Dr. Zoubir S. Oulada M'Hamed</i> <i>Tel : 05 37 72 05 80</i> <i>Rabat</i> <i>Centre de l'Unité Africaine</i> <i>Jeb Bouzir, Rabat</i> <i>U.C DEC. 2020</i> <i>ACCUEIL</i>				

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون افريط

40 زنقة عبد المؤمن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada M'hamed

19.11.2020

VAXI Gérip Tetra 229915

125,30

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40. Zankat Abdelmoumen
Tél : 73.11.07 - RABAT