

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

Informations 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1911 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

OLADA M'hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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 N° M20-04153

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 :

courrier

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est tenu 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 23 24 25 26			
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48			
HAUT 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48			
BAS 40 41 42 43 44 45 46 47 48			

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire	
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 23 24 25 26	H
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	25533412 00000000 35533411
HAUT 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	21433552 00000000 11433553
BAS 40 41 42 43 44 45 46 47 48	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse

VOLET ADHERENT NOM: OULADA M'HAMED Mle 191

DECLARATION N° W16-055916

Date de Dépot Montant engagé Nbre de pièces Jointes

26 DT

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
Mutuelle de Prevoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W16-055916

DATE DE DEPOT

10.10.2020

REPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

191

N & Prénom OULADA M'HAMED

Condition Retraité

Phones 0537 205147

DEDECIN

Prénom du patient M'HAMED

Adhérent Conjoint Enfant

Age _____ Date _____

Fin d'execution

Il y a-t-il d'un accident : Causes et circonstances

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

ARMACIE

Montant de la facture

Fin de

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date: 21/10/2020

Signature des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

226 DA

LABORATOIRE DU MAGHREB

5, Rue Hussein 1er

Tél.: 05 37 72 66 93 / 05 05 09

Fax: 05 37 73 05 92 - Rabat

I.N.P 103001921

05

ANALYSES MEDICAUX

Date: _____

Nombre

PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

eur 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

de 12.10.2020

C. B U

ex durect cible D64

ATDC

LABORATOIRE DU MAGHREB
5 Rue Hassan 1er
Tél.: 05 37 72 05 92 / 73 05 09
Fax : 05 37 73 05 92 - Rabat
I.N.P 103001921
05

Re Hematue

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