

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 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.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-526542

ND: 52642

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

13258

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ETTALBI SOPHIA

Date de naissance :

21/10/1989

Adresse :

Rue Ned El Hayam, Résidence Nature A, Apt 26
5^e étage

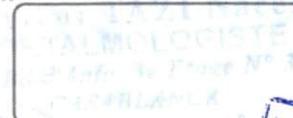
Tél. :

06.26.24.51.85

Total des frais engagés : #4100,00 #

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/10/2020

Nom et prénom du malade :

ETTALBI Sophia

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : 23

Enfant : 0

Nature de la maladie :

Asthma

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'adhérent(e) et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT Déclaration de maladie N° W19-526542	Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
--	--

Matricule : 13258

ETTALBI

Nom de l'adhérent(e) : ETTALBI

Total des frais engagés : 4100,00

RELEVE 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
15.10.20	G	DOCTEUR ALAMOTTI	3000 DT	INP : 09172635
				DOCTEUR ALAMOTTI N° 3
				DOCTEUR ALAMOTTI CAS 2020
				DOCTEUR ALAMOTTI ASABLE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ALAMOTTI CSARL AU. 11, Rue Kabboura Maârif CASABLANCA 05 22 98 17 91 Fax: 05 22 98 19 72	27/10/20	Monture 2 verres optiques				3800 p.DT

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

DENTAL TREATMENT CHART (O.D.F)

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H G
D B

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

H G
D B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Casablanca, le lundi 19 octobre 2020

Madame Sophia ETTALBI

Verres Anti-reflet et monture :

De loin

Œil droit : (153° -0.50) +0.25

Œil gauche : (21° -0.50) +0.50



ALAM OPTIC
11 Rue Kadi Iyass
20500 CASABLANCA
Tél: 05 22 98 17 91
Fax: 05 22 98 19 72

ALAIN AFFLELOU
— OPTICIEN —

Mme ETTALBI SOPHIA
CASA

FACTURE N° : F125195

Date : 24/10/2020

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur
MONTURE OPTIQUE	1	2200.00	2200.00
VERRE CORRECTEUR	1	800.00	800.00
VERRE CORRECTEUR	1	800.00	800.00
Total TTC	3		3800.00
Dont TVA 633.33			

(A blue stamp from ALAM OPTIC is visible on the right side of the table, partially obscured by a hand-drawn circle.)