

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 ALC 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° 78-17 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal An Maroc



Déclaration de Maladie

N° W19-478717

ND: 14562

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05355 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Rachid Azzedine

Date de naissance : 03-04-57

Adresse : Habituelle

Tél : 0667911155 Total des frais engagés : 3620 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 30 DEC. 2019

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : /

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.

31 DEC. 2019

ACCUEIL

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 : Berrechid

Le : 19/12/2019

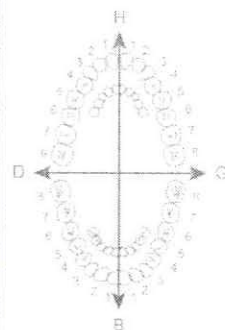
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

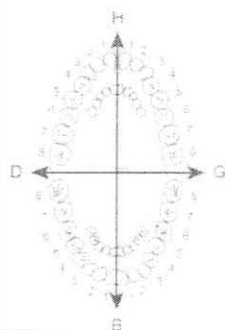
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KAMILI Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz 124, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295	29/04/19	36.20

[illegible][illegible]

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25553410		21433122
	10000000		00000000
D			
	10000000		00000000
	00000000		10000000

[Creation, remont, adjonction]

Emotionale Therapie ist notwendig und notwendig

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE OULED HRIZ

KAMILI Bouchaïb
pharmacien

124, Bd. Med V - Berrechid - Tél. : 33.73.51

FACTURE N° 2313

Date

19/12/19

M.

RACHID AZZOUINE

MODE DE PAIEMENT :

☒ ESPECES

☐ CHEQUE

☐ TRAITE

DATE DE REGLEMENT:

Qté	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
01	Stagrandopon	36,20	36,20
Arretel la presente facture à la somme de Trente six dinars et 20 centimes			
LOT EXP PPV 191719 07 2022 36.20 KAMILI Bouchaïb Pharmacie Ouled Hriz Id. Mohamed Boukharachid Tel: 0522 336351 INPE: 062047295			