

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

MUPRAS garantit le respect de la loi n°08-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS - Agence de l'Air Maroc - Avenue Hassan II - Casablanca - Tél : 05 22 20 15 25 (062) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519734

MS 15468

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1839	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAOUZI AHMED			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 65 93 19 33		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	1
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 07/01/2020
Signature de l'adhérent(e) :	

ACCUEIL

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-519734
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 : _____	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié 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'ODF.

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	
			
D	H	25533412	21433552
		00000000	00000000
		00000000	00000000
	G	35533411	11433553
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-390629		DATE DE DEPOT / / 2020	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT				Mle 1839	
Nom & Prénom TAOLIZI AHMED Fonction RETRAITE Phones 0665231233 Mail					
MEDECIN		Prénom du patient Concier Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Date Nature de la maladie Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
			 04 FEV. 12 ACCUEIL		
PHARMACIE		Date 02-01-20 Montant de la facture 72,80			
					
ANALYSES - RADIOGRA		Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat-R.P.1, Ain sebaâ Casablanca Vaxigrip inj b1 ser 0,5 ml P.P.V : 72,80 DH  5 118001 080748			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : Nombre Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		