

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Nº P19-

068374

NP-21810

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8560**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MJATI Bouafcta**

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 : 19 Fév. Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACCUEIL

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) :



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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
BROITE	GAUCHE				
12	21				
13	22				
14	23				
15	24				
16	25				
17	26				
18	27				
19	28				
HAUT					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
BAS					
31	32				
33	34				
35	36				
37	38				
39	40				
41	42				
43	44				
45	46				
47	48				

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

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-344049	
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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-344049

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8560

Nom & Prénom : MJA TIBOU AYSA

Fonction : élac. Phones 0662 55040

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant 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
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Pharmacie TAM

Dr. Ben Ali Jaafar
302, Bd Oued Nezou - Oulad
CASABLANCA
761 062 33 18 9

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



PHARMACIE TAM

Client : _____

Facture N° 00931

Casablanca, le 26.10.12020

Pharmacie TAM

Dr. Benji Visa Direction

Dr. Démentieff
02, Bd Oued Sébou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

Ad : 302 Bd. Qued Sebou - El Oulfa - Casablanca - Tél : 0522 90 18 99 - Patente N° : 36007044



PPU: 17.00 DH
CB01348
EXP: 05/2022