

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 |

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.

Nº W19-522842

Nº 22048

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 11560	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ELMEJJAD YASSIR		
Date de naissance : 23/09/1976		
Adresse : Rue Ibm Jeloud, Résidence Taabos, Bougjed Casablanca		
Tél. : 0661542287	Total des frais engagés :	300 DHS

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____	
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 : 13 FEV 2020	
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 : **13/02/2020**



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

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-129722	
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

W17-129722

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 11560		
Nom & Prénom EL HEGIJAD YASSIR				
Fonction : cadre	Phones : 0661541227			
Mail : yelmejjed@royaleairmaroc.com				
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 6ans	Date : 12 FEV 2020
Nature de la maladie		Affection : Olaine		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
Or	—	300,1		
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

*DR BENNANI MED AMINEE
OPHTALMOLOGISTE
RUE IBRAHIM BABEK
36 CASABLANCA
0524 24 00 102*

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER – BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

Casablanca, le mercredi 12 février 2020

Patient : Enfant EL MEJJAD Meriem

SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSES 0.9% / matin et soir,

M. BENNANI MED AMINE
OPHTALMOLOGIE
17, RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522.36.20.00 / 0522.36.20.02