

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 canaux, 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 canaux.

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

N° W19-598932

55163

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01082 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAUBA JOHANNES

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 149, LOT CHAMA BERRECHID

Tél : 0664172462 Total des frais engagés : 58,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ACHAT LIBRE Age :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : BERRECHID Le : 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 96, Lot Al Faraj-Berrechid Tél: 0522 33 49 09 - Gsm: 0620 01 00 10	09/12/2020	58,20


[illegible][illegible]

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 de l'OC

[illegible]

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient des Travaux	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins	
		Date du Devis	
		Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Facture N° 0009886

M. Chouga Med

09/12/2020

Quantité	Désignation	P.Unit.	P. Total
1	Migralgine gélules	21,50	21,50
1	Mycoderm crème	36,70	36,70
		Total	58,20
Arrête la présente facture à la Somme de cinquante huit dirhams et vingt centimes			
<div>21/50</div> <div>PPV 21DH50 PER 10/22 LOT J2698</div>			
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 96, Lot 01, Faraj-Berrechid Tel: 0522 53 49 09 - Gsm: 0620 91 88 19			

LOT: 08020052
PER: 06/2025
PPV: 36,70 DH

Tanique