

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.

Biologie 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

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 044585/2932

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

63690

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ANCHIM Mohamed

Date de naissance : 15-04-1975 CASABLANCA

Adresse : 89 Rue 6 HAY EL ALIAA EL OULFA

CASABLANCA

Tél : 0664 662230 Total des frais engagés : 418,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 / 03 / 2021

Nom et prénom du malade : Mohamed ANCHIM

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : CASABLANCA Le : 09 / 03 / 2021

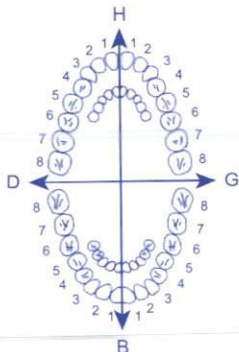
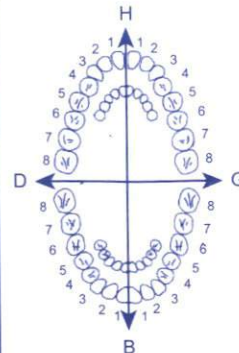
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/05/21	a	W	W	

[illegible][illegible][illegible]

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	<div><div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div> <div><div>00000000</div><div>35533411</div></div> <div><div>00000000</div><div>11433553</div></div> <div>B</div>						
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>						
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
							DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47.40 DH

ORDONNANCE

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47.40 DH

LOT: 2139UAB
FAB: 08/2019
EXP: 08/2022
PUC: 70.000DH

Le: 09/05/24

Amchae NK

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47.40 DH

فوق سيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

PHARMED LOT : 1077
UT.AV : 05-23
PPV : 20DH00

PHARMED LOT : 1432
UT.AV : 06-23
PPV : 20DH00

78,70

