

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.

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.

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 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 071098
MUPRAS RECEPTION 9
☒ Optique
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2299 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAHINE Ahmed
Date de naissance : 01.01.1952
Adresse :
Tél. : 06 78 99 7172 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 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 : JEROUA Le : 15 / 09 / 21

Signature de l'adhérent(e) : CHAHINE

[illegible][illegible][illegible][illegible]

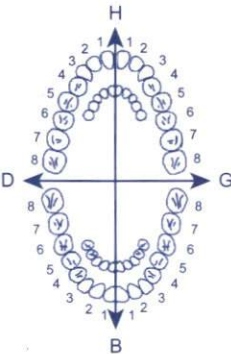
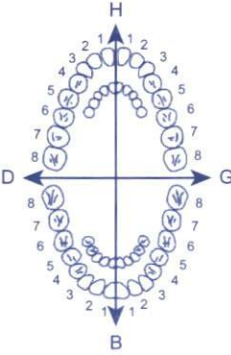
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de

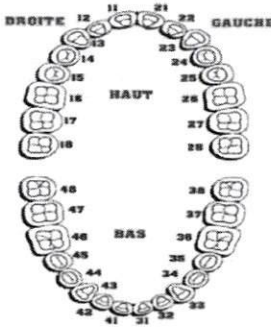
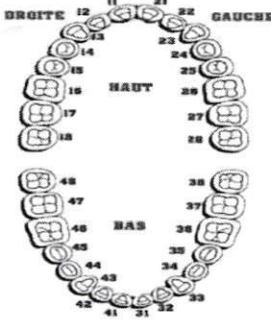
Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
					Coefficient DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS										
					DEBUT D'EXECUTION										
					FIN D'EXECUTION										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS										
					DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W14-001598		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom CHAHINE Ahmed		Téléphone 0678997178		Signature de l'adhérent	
Fonction Retraité		Matricule 2299		Mail	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient CHAHINE Ahmed		Age 1.1.52		Date de la première visite 29/06/2021	
Nature de la maladie Affection dentaire		Adhérent <input checked="" type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>		Cachet du Médecin Dr. BENMIRA H. Oculiste Sidi Othmane Avenue Bloc 29 N°42 Casablanca	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes 09 JUIN 2021		Nature des actes C		Montant détaillé des Honoraires 250 DH	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Dates		Montant de la facture	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Dates		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Dates		Montant détaillé des Honoraires	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
ODF. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		
VOLET ADHERENT				
NOM du Patient : CHAHINE AHMED		DECLARATION N° W14-001598		Cachet MUPRAS
MATRICULE N° 2299	Date de Dépôt 22/9/21	Montant engagé - 250 DH	Nbre de pièces Jointes	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				
				Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois