

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-698663

108603



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e),

Matricule : 1981 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Farahate youssef

Date de naissance : 27/10/1955

Adresse : 19 rue Barcelone Tanger

Tél. : 0664071569 Total des frais engagés : 314,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2021

Nom et prénom du malade : FARAHATE YOUSSEF Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Myasthenie

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 : Tanger

Le : 17/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| INPEX 18144 | 17-03-22 | 314.50 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| SOINS DENTAIRES | | Traitées | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|---|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none; text-align: center;">D</td> <td style="border-top: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">35533411</td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">B</td> <td style="border-bottom: none;"></td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | G | | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

17/03/2022

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Praticien JEHANE ASESERA
Tél. : 091171371

Destinataire



62,90 x 5
1)

PPV : 62,90 DH

PPV : 62,90 DH

PPV : 62,90 DH

1/2 CP

XOZLJ

x 60 de 03 nos

rembourse.



PPV : 62,90 DH

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Praticien JEHANE ASESERA
Tél. : 091171371