

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.



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

VOIR DOSSIER MALADIE CHRONIQUE

Déclaration de Maladie

M22- 0034512

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582 Société : 138520

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : El quaradi Mohamed

Date de naissance : 30/01/1976

Adresse : Jt. Hg. P.O. N° 600 Sulej

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : 16/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/12	159,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES

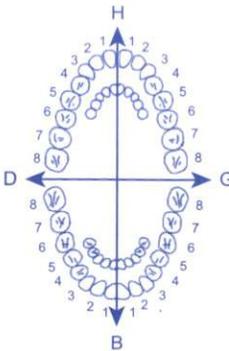
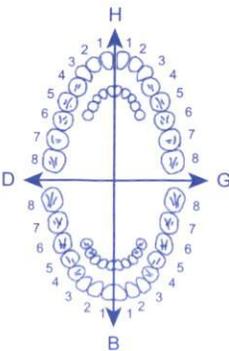
Cachet et signature du Praticien	Date Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		PC	IM	IV	

RELEVÉ

Le praticien est prié de préciser la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	H		G																			
	25533412	21433552	00000000	00000000																		
	D	00000000	00000000	G																		
	35533411	11433553	B																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : EL Ouardi Mohamed

Présente

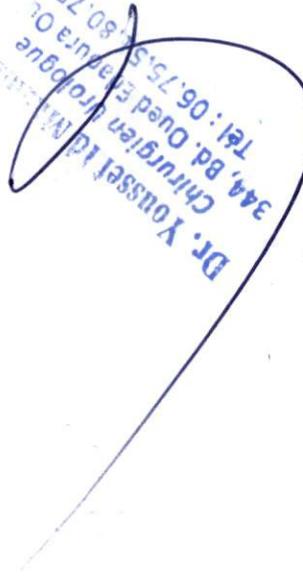
Azume de poitrine

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Umar chronique ou Fluide

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)


DR. YOUSSEF EL MANSOURI
344, Bd. Oued Ezzahra Ou
Chirurgien d'ophtalmologie
Tél : 06.75.55.80.75