

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

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

Déclaration de Maladie

M23-001598

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091

Société :

169583

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DIAWA BE NAMAR Ep BELGHOUZI A.

Date de naissance : 23.57

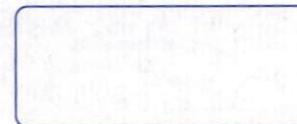
Adresse : 64, Rue 1 maison AL Harouna CASA

1^{er} étage APPT 1 N° 203

Tél. : 0662 373631 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/1/2019

Nom et prénom du malade : DIAWA BE NAMAR Age: 23.57

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 sous 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

à : YANCA

Le : 7/7/2019



RELEVE 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

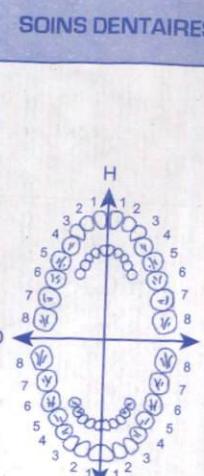
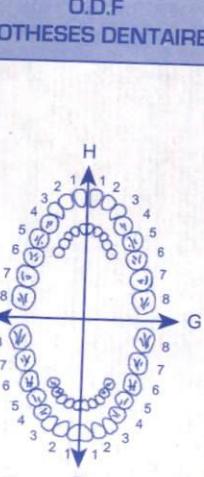
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie H. J. A. I. 1 Tel: 05 22 53 09 05</p> <p>H. J. A. I. 1 Tel: 05 22 53 09 05</p>	905-300205672	Montante Univers Sainte Tel: 05 22 53 09 05

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

<p>Diosmectite 01/2027 90200</p> <p>SMECTA ORANGE VANILLE 3G SACHET 800</p> <p>P.P.V : 52DH40</p> <p>6 118000 01146</p>		<p>6 111267 400015</p> <p>EXP : 09/2024 LOT : CB05237 PPC : 54,00 DH</p>		<p>98,90 AEB978 10/2024</p>																					
<p>de traitement cariaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																									
<p>SOINS DENTAIRES</p> 		<p>Traitées Soins Coefficient</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>																					
				<p>MONTANTS DES SOINS</p>																					
				<p>DEBUT D'EXECUTION</p>																					
				<p>FIN D'EXECUTION</p>																					
<p>ODF ROTHESSES DENTAIRES</p> 		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D				00000000	00000000	35533411	11433553	B				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>	
H		G																							
25533412	00000000	21433552	00000000																						
D																									
00000000	00000000	35533411	11433553																						
B																									
				<p>MONTANTS DES SOINS</p>																					
				<p>DATE DU DEVIS</p>																					
				<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																					
<p>SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																									
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																									