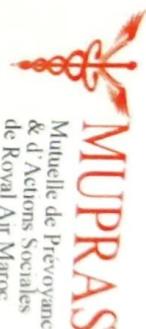


RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



N° w21-797059

Déclaration de Maladie

157650

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

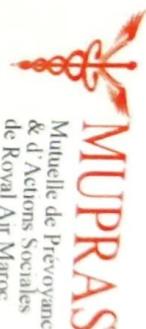
Adresses Mails utiles

- 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 : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

157650

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **A.A.2.3.3** Société : **RAM**

Actif Personnel(e) Autre

Nom & Prénom : **ABDERRACHID EL OUDASSI SASSI**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661855352** Total des frais engagés : **21523** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/04/2023** Nom et prénom du malade : **Hassan Tadissi Sassi** Age : **21**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **DR. TADISSI Sassi**

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 : 12/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **N° W21-797059**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.</p>					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :	
PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F				MONTANTS DES SOINS	
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H		DEBUT D'EXÉCUTION		
PROTHESES DENTAIRES				FIN D'EXÉCUTION	
(Création, remont, adjonction)	D 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX	DSD		
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse					
<u>2ème Sénèque</u>					
ODF					
DSD					
DATE DE L'EXÉCUTION					
DATE DU DEVIS		17/04/2023			

VISA ET CACHET DU PRESIDENT ESTANT LE DEVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Casas
Médecin à domicile
Spécialiste en ostéopathie
27- Boulevard de l'Europe
Tél. 05.22.85.53.91