

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.

MUPRAS - Société de Prévoyance et d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - Agence de Casablanca
Téléphone : +212 33 77 00 00 - Fax : +212 33 77 00 01 - E-mail : www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-480147

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **M365**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENZAIDOUNE ANASS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **067 207844**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux <input type="button" value="Montant des soins"/> <input type="button" value="Début d'exécution"/> <input type="button" value="Fin d'exécution"/> <input type="button" value="Date du devis"/> <input type="button" value="Fin de"/>
ODF Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		D	H	G	
		-25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
		(Création, Rémont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM : _____ Mle _____			
DECLARATION N°		W18-339907			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-339907

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom BEN AIDOUNE ANA

Fonction : _____ Phones : _____

Mail : _____

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age : _____

Nature de la maladie : _____ Date 1ère visite : _____

EL BPOUEN ABD EL HAMID
10 JUIL 2018

S'agit-il d'un accident ? Causes et circonstances : _____

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	C	200 DH

PHARMACIE Date : _____

Montant de la facture : _____

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : _____

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	