

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 | adhession@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 est membre du Groupe Royal Air Maroc et fait partie du Groupe Royal Assurances. Le Groupe Royal Assurances est un groupe international de compagnies d'assurance et de services financiers, dont le siège social est à Paris.



Déclaration de Maladie

N° W19-482632

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule	2020	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RATASSA SPLAH, BT			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0684333570	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

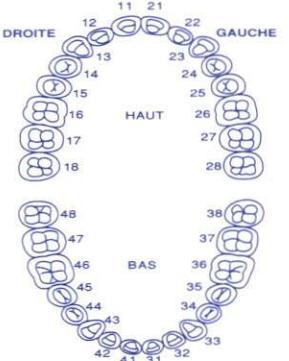
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des soins Coefficient



Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

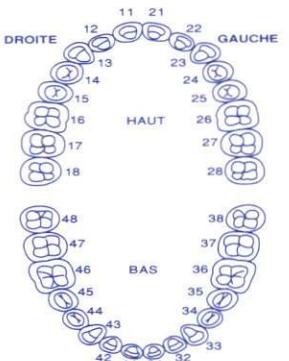
Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000		00000000
	35533411		11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 17 / 0064797



Mme

Cachet
MUPRAS

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

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

P 17 / 0064797

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme Go 21

Nom & Prénom BATASSA SALAH

Fonction Retraitee de la police Phone 06 84 33 37 30

Mail

Signature de l'adherent

MEDECIN Prénom du patient Mr. BATASSA SALAH

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Date

Date 1ère visite

ICE: 001681267000045
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Ne va

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
~ 2	1	250,00

Sign Dr. Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
205, Bd Rouda Gdira (Ex NII)
Tunis, 1000 Tel: 0522 55 64 11

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

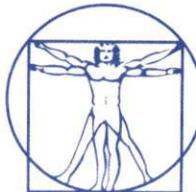
CACHET

Docteur Mohamed WADIF

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Diplômé de la Faculté de Médecine de Strasbourg (France)

- Diplôme d'Université de Traumatologie du Sport
- Diplôme d'Université de Chirurgie de la main
- Diplôme d'Université de Microchirurgie
- Diplôme d'Université d'Arthroscopie



Ancien Chirurgien des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Cabinet sur rendez-vous

الدكتور محمد وظيف

إخلاصي في جراحة العظام والمفاصل
خريج كلية الطب بستراسبورغ (فرنسا)

- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة اليد والعضو الأعلى
- دبلوم الجراحة المجهزة
- دبلوم تشخيص و جراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

جراح إخلاصي سابقاً بالمستشفيات الجامعية بستراسبورغ
جراح إخلاصي سابقاً بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عيادة بالموعد

Casablanca, le

31 AOUT 2019

ICE : 001681267000045

M BATASSA 58244

1/ TPR 20 190 10 8614
2/ Dolostop 15 1000Ld
3/ Athymil 30 mg nebuliser x 60
4/ Diindo 50 mg x 10

Soins dentaires
ndren cr. diabète

Dr. Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
Bd Reda Gdira (Ex. Nil)
05 22 55 64 44
05 22 55 64 44
05 22 55 64 44