

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 : 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



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

Déclaration de Maladie

Dos n° N° W19-497146

11153

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8741

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

JAAFAH ELHASSANE

Date de naissance :

24/11/67

Adresse :

CASA

Tél. :

0661456897

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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, 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.


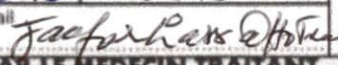
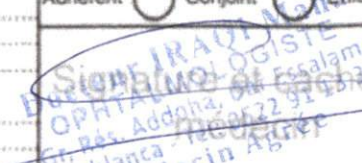
Fait à :



Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc | | FEUILLE DE SOIN N° W | | DATE DE DEPOT | |
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | | | | |
| NOM & Prénom JAAHAR YASSINE | | Téléphone 0661456877 | | Signature de l'adhérent  | |
| Fonction CD | | Matricule 8741 | | Mail Jaaahar@yahoo.fr | |
| A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT | | | | | |
| NOM & Prénom du patient : JAAHAR YASSINE | | Age 05 Octo 2019 | | Date de la première visite 05 Octo 2019 | |
| Nature de la maladie Affection oculaire | | Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  | | | | | |
| RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN | | | | | |
| Dates des actes | | Nature des actes | | Montant détaillé des Honoraires | |
| 05 Octo 2019 | | a | | 2500 | |
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | | Dates | | Montant de la facture | |
| | | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | | Dates | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | | Dates | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | | | | |

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de l'exécution <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 du Patient : | | | DECLARATION N° | | | | | | | | | | | | | |
| | | | W | | | | | | | | | | | | | |
| MATRICULE N° | Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces jointes | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois | | | | | | | | | | | | | |