

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement renseigné.
- 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Déclaration de Maladie : № P19- 0015939

Maladie Dentaire Optique Aut

Matricule: 1209 Cadre réservé à l'adhérent (e) _____ Société: _____

Actif Pensionné(e) Autre: _____ Date de naissance: _____

Nom & Prénom: KATHIOLI DWEK Adresse: Alou Dwek

Tél: 052221120 Total des frais engagés: _____

Cadre réservé au Médecin

D. Zineb IRAQI
Pédiopsychiatre
134, Rue Ahmed El-Tomor, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2^e Etage
Marrakech
Tel: 0522237654 - 0661079279

Date de consultation: 22/11/2023

Nom et prénom du malade: Incubus du confondu Age: _____

Lien de parenté:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie: SMO abd glace

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: 01/11/2023

Signature de l'adhérent(e):

Katholi Dwek

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie № P19- 0015939

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

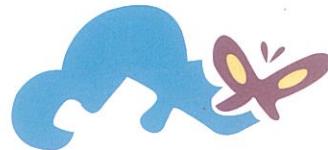
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule: 1209
Nom de l'adhérent(e): KATHIOLI DWEK
Total des frais engagés: 7500
Date de dépôt: 01/11/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES



Casablanca le 22 Novembre 2023

Devis 19/23

L'enfant Ismail El Abed El Alaoui

Devis

15 Séances de Psychothérapie:

500.00Dh x 15=7500.00Dh

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2^e Etage
N° 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79