

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Nature des Actes	Actes	Nombre et Cofrédent	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
INP : []					
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					
Date	Montant de la Facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Cachet et signature du Radiologue					
Date	Designation des Cofrédents	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier					
Sons	AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
Montant détaillé					

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- Conditions générales :**
 - Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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'entête 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 serie.
 - 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'entête 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.



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

N° W19-585633
154620

Déclaration de Maladie

<input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Autre RATM
Matricule : 9715	
Nom & Prénom : YAHYA JBBAL Yohannet	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél : Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au **Dentaire** Val d'Afia

Dr. Nasser OUAZZANI
Spécialiste en Orthodontie
Cachet du médecin : **20, Bd Abdellkrim El Khattabi**
Tél : 05 22.39.80.60 - 05.22.39.80.70
email: centredentairevaldania@gmail.com

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Najib** **Ismail** Age: **20**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Devis

SDF

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la malade 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 : **08/08/2019** Le : **10/08/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-585633
9715

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).
Date de dépôt :

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 filial Ben Abdellah, 6ème Etage Argis Rue Mohamed Vakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tel: 05 22 20 45 45 | Fax: 05 22 22 78 18 - www.mupras.com