

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

Déclaration de Maladie

N° W21-763016

Autres

154805

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	4432	Société : 12-9-117
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Olayinka Gbadegesin		
Date de naissance :	1992-07-29	Dhs
Adresse :	45 Rue Zoumata May Mass	
Tél. :	066144243	Total des frais engagés :

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	4432	Société : 12-9-117
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Olayinka Gbadegesin		
Date de naissance :	1992-07-29	Dhs
Adresse :	45 Rue Zoumata May Mass	
Tél. :	066144243	Total des frais engagés :

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Conditions générales : <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances, factures et remboursements. Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe. 	
Radiologie et Biologie : <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins. 	
Rééducation : <ul style="list-style-type: none"> L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation. Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins. 	
Dentaire : <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois. 	

Adresses Mails utiles <ul style="list-style-type: none"> <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 	<p>La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques et à la lutte contre l'exploitation et l'utilisation des données à caractère personnel.</p> <p>MUPRAS : Centre Alia Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alia Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 21 28 18 - www.mupras.ma</p>
VOLET ADHÉRENT	<p>N° W21-763016</p>
<p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p>	<p>Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :</p>
<p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	

<p>Autre :</p>	<p>Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :</p>
<p>Signature de l'adhérent(e) : </p>	

BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES OBDDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

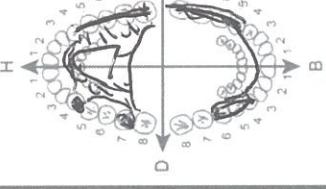
Important : Veuillez indiquer les cardiomédicaments ou de nootropes, ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ONF

Important:

Vous pouvez inclure les radiométriques dans le bilan de l'ODE.

卷之三

109



D 2410

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

WASTICATURE

H

25533412 | 21433552

00000	6	80000 / 00	0217192
00000			
13553			
		MONTANTS DES SOINS	DATE DU
		(ajonction)	cléante
		assaire à la profession	

DEVIS

DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

KN Brachet

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

L'ÉCOLE DE DENTISTERIE DE BRUXELLES
Chirurgien Dentiste Spécialiste

264, Bd Ghandi
tél : 0522 20 66 66

卷之三