

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-438672

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10350

Dentaire

Société : RAM

Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELHANI ABDELAH

Date de naissance : 07-06-1967

Adresse :

Tél. : 0661116317

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C-D
Casablanca-Tél: 05 22 35 08 21
ICE: 00 18 23 98 00 00 22

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08-03-2013

Nom et prénom du malade : EL HANI ABDELAH

REC

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

SC HANI AYNAH

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-438672

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

Important :

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

INP.:

INT'L 094015278

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	46 46 36 32	stér DAF	Daf	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	46 46 36 32	stér DAF	Daf	
	36 32	stér DAF	Daf	MONTANTS DES SOINS
	32	stér DAF	Daf	22000
		Defix	D20	DEBUT D'EXECUTION
	A	2		
			*	FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D —————	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

onctionner. Une épaisseur nécessaire à la protection

com 26

Dr. DERBANI Chouaib
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
CHIRURGIEN DENTISTE
65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C-D
Casablanca-Tel: 05 22 55 08 21
ICE: 00 18 23 98 00000 22

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

34200m

1

1

2

Chart No:

Nom:ELHANI AYMAN

Sexe:Mâle Age:23

2023-03-08 13:19



70 [kV] 2 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-03-08

RX 26

Nom de la clinique:
Adresse:

Médecin traitant:drDerbani
Coordonnées: