

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

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

Déclaration de Maladie

N° W21-811557

pec
NSF

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11676

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ERRAJI EL BACHIR

Date de naissance :

Adresse :

RES ERAC IMM14 App 7 OULEA
CASA

Tél. : 0664418240

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr TOUJAR Rachid

Chirurgien Dentiste
Angle Bd Alphonse Daudet et Rte
d'Azemmour N° 6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation :

01 Oct 2023

Nom et prénom du malade :

ERRAJI EL BACHIR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

points de prostthese dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

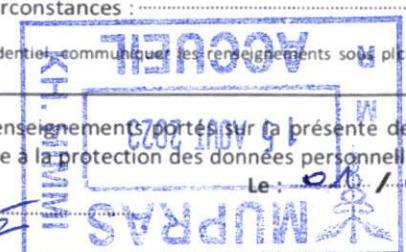
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-811557

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 :

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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

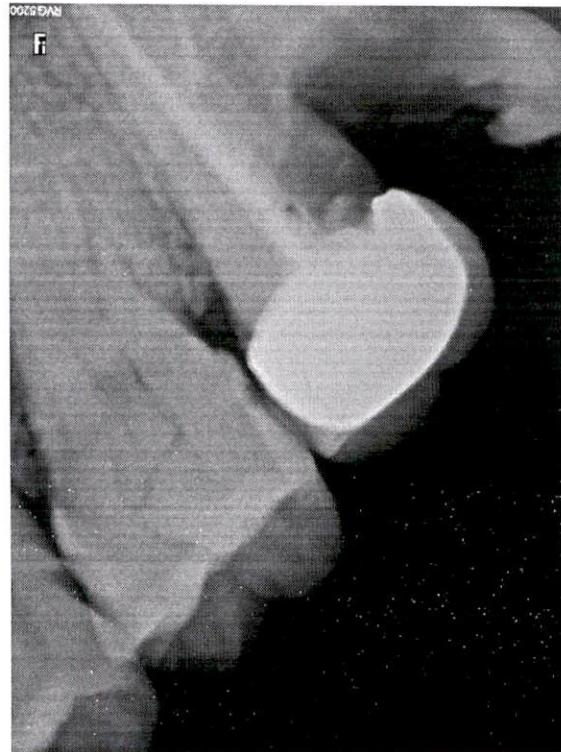
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Anglais : *Anglais*
d' Azur : *uy*
Tél : 05 22 06 78 35 / 0522 91 51 88

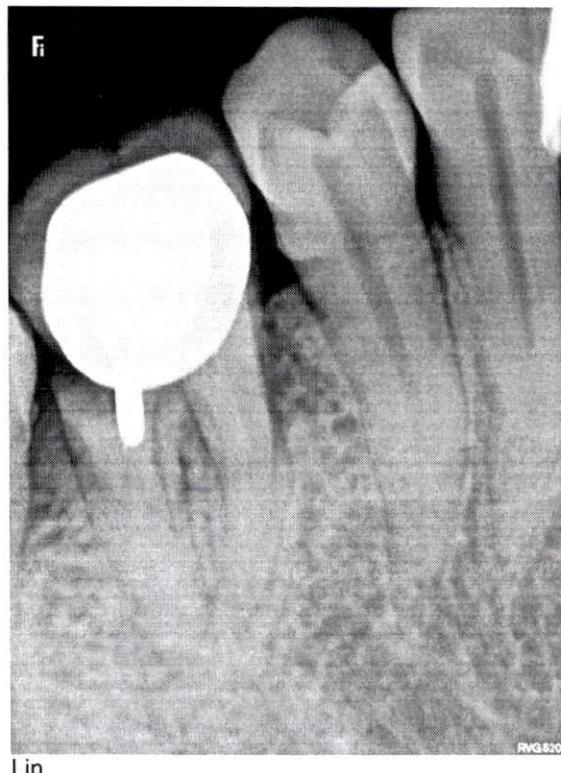
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

J.

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d' Aremmouz - Casablanca
Tel : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Lin



Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdellatif et Rue
d'Alziane
Tél: 0522 90 68 36 / 0522 91 50 89



Lin

RVG5200

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angélique N° 10 - Casablanca
d'Anglebourg Casablanca
Tél : 0522 90 98 98 / 0522 91 51 89

DR TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Mouloud Mammeri et Rue
d'Avranches 15/0522 915189
Tel: 0522 90 98



Lin