

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 est agréée par le Ministère de la Santé, de la Famille et de la Solidarité, en vertu de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W19-480145

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **M365** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BENZAIDOUNE ANASS**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0667207844** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

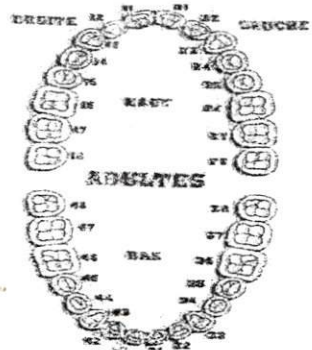
Signature de l'adhérent(e) :



Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

utilisez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, et si possible le bilan de l'ODF.

SOMMES DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des
travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

ODF. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de l'exécution

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

OJET ADHERENT

NOM

Mle :

DECLARATION N°

W15-027174



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces jointes

La validité de cette feuille est de (2) trois mois

du que le règlement est conditionné par la fourniture de tous
les documents exigés par la Mutuelle

Mutuelle de Prévoyance
et d'Assurance Sociale
du Royal Air Maroc

W15-027174

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle :

Nom & Prénom **BENZ AIDOUNE ANASS**

Fonction **Chef d'escadre** Phones

eMail **Royal Air Maroc**

MEDECIN

Prénom du patient **ELBARONI** **W. H. ELBARONI**

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age

Date :

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des
Honoraires

Dr. S. ELBARONI
Généraliste - Pédiatre
20, Rue Chérif el-Mourad
Tél: 22.22.22