

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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.

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° P19- 052035

ND: 30240

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2299 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la demande, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

| SOINS 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | Montant des soins |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin de | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-366807

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois

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

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

W18-366807

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

2729

Nom & Prénom

SIKER Abdelatif

Fonction

Retraité

Phones

Mail

0693414820

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

☒

Conjoint

☐

Enfant

☐

Age

1-1-49

Date

18/6/2020

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

18/06/20

Montant de la facture

865,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Signature et
cachet du
médecin

PHARMACIE SOLEIL
Youssef ET ALBI Dr en Pharmacie
Bourcel de l'Enseignement de Médecine

CACHET

FACTURE N° 001037

El Jadida, le 18/6/20

Mr.

M^r. JIKER Abdoulatif

Doit

| Quantité | Désignation | Prix Unit. | Montant |
|---|-----------------|------------|---------|
| 11 | Dermicron 60/60 | 78,70 | 865,70 |
| <p>la présente facture est correcte et la somme de Huit cent cinquante cinq DTs et cinquante Dix centimes</p> | | | |
| <p>* Maladie Chronique</p> | | | |
| <p>PHARMACIE DU SOLEIL Youness ETTALBI Dren Pharmacie Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger</p> | | | |

Signature et Cachet

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70