

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.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4697

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : REZKI Dousso Plus

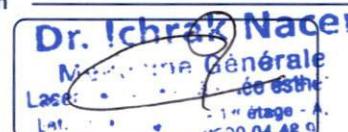
Date de naissance : 01/01/52

Adresse : Hassine

Tél. : 06 61 41 37 21 Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2020

Nom et prénom du malade : Carole Rezki 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 02/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº P19-047190**

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0047190

Optique Autres 40477

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

Matricule : 4697

Nom de l'adhérent(e) : Rezki Dousso Plus

Total des frais engagés : 243.50 Dhs

Date de dépôt :

Signature :

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
02/09/2020	CG			Dr. Ichrak Nacer Médecine Générale Spécialités Médicaux à visée esthétique F1 - 1 ^{er} étage - Appart 4 0520 04 48 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL WAFAE Dr. Meriem OUDHIRI N° 152, Coopérative Al watae - Deroua Casablanca - tel: 05 22 53 24 22	02/09/2020	243,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

GELEM

* 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	MONTANTS DES SOINS
	H	00000000	G	DATE DU DEVIS
	D	35533411	B	DATE DE L'EXECUTION
	H	11433553	G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	
	D		B	
	H		G	

