

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 canaux, 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 canaux.

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 : 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



Déclaration de Maladie

M22- 0011128

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1857 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 134400
 Nom & Prénom : NOR Aicha
 Date de naissance : 01/01/1950
 Adresse : 67, Rue Ben Tadjit Tadjedine, ET 4, APT 23, Maarif, Casablanca
 Tél. : 0614 14 575 91 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane OUKACHA
 SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
 39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
 Maarif Extension 20370 - Casablanca
 Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Date de consultation : 20/10/2022
 Nom et prénom du malade : NOR Aicha Age : 72 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anémie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca - Maroc Le : 20/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médical attestant le Paiement des Actes
20/10/2022	CS	10	300 dlr	<p>Dr. Graziane JUNEJA SPECIALISTE OPHTALMOLOGUE 39, Rue Al Foutat, n° 10, 1er Etage 4th Extension 20770 - Casablanca Tel: 05 22 55 55 55 - Fax: 05 22 22 22 22</p>

achet et signature du Médicinal
testant le Paiement des Aides

Dr. Graziane DURACH
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fournat, n° 10, 1er Etage
Madriff Extension 20770 - Casablanca
T: 05 22 22 50 54 - Fax: 05 22 23 23 23

[illegible]

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

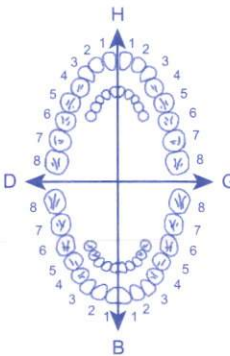
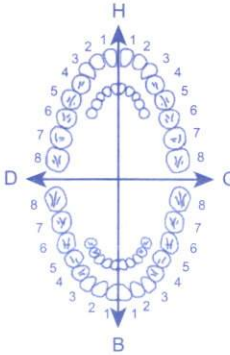
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>										
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>										
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>										
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>										
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>										
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

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

SOINS DENTAIRE		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

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are represented by circles and numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center (midline) and moving outwards. A vertical line with an arrow pointing upwards is labeled 'H' at the top, and a horizontal line with arrows pointing left and right is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. Below the arch, there is a label 'B'.

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
des Travaux

Montants
des Soins

Date du
Devis

Date de
l'Exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION