

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-574917

157440

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7449

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

exagut

Nom & Prénom :

LABSIR AMEL

Date de naissance :

20.10.1964

Adresse :

56, rue Termini B. Jacoub el Mansour 1er étage

Tél. :

066183593

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Meryem TESSABOU
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
Rég. Rabii N° 2 Derb Challef
Tél : 022 93 32 04

Date de consultation :

15/08/2022

Nom et prénom du malade :

LABSIR AMEL

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

soins 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'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

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-574917

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Étage 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

RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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	INP : 084181284																					
	14	Composé Dso		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D400"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4000"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="24/07/12"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="15/08/12"/>																					
	13	Composé Dsi																							
	12	Composé Dso																							
	11	Composé Dso																							
	21	Composé Dso																							
	22	Composé Dso																							
	23	Composé Dso																							
	24	Composé Dso																							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Dr. M. EGHI...
 Spécialiste en Dentisterie
 Tél. 022 93 42 34



Casablanca, le : 15/08/10 : الدار البيضاء في :

Facture et compte rendu

de patiente M^{me} Labir Amel
à réaliser des composites dentaires

sur 14. 13. 12. 11. 21. 22. 23. 24
et cela s'im montant de
quatre mille Dirhams = 4000,00

Lalla Meryem TEGHRAOUI
Chirurgien-Dentiste
Spécialisée en Orthodontie
Rég. Rad. 022 98 82 04

Résidence Rabii Rez-de-chaussée N° 2 Boulevard BirAnzarane Derb Ghalef - Casablanca
Téléphone : 05 22 98 82 04 - Fax : 05 22 25 06 26 - E-mail : teghraoui@gmail.com

إقامة ربيع الطابق السفلي شقة رقم 2 شارع بير أنزران درب غلف - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 98 82 04 الفاكس : 05 22 25 06 26 - البريد الإلكتروني : teghraoui@gmail.com