

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



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

Déclaration de Maladie

W21-842951

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **A3309**

Société : **RAM**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **ZOUHİR MOHAMÉD HAMZA**

Date de naissance : **17/11/1991**

Adresse : **SECT 18 DES MORTISS AY**

HAY RIAD RABAT

Tél. : **0661975627**

Total des frais engagés : **400** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BAKHTYARI SORAYA
Chirurgien dentiste
Rue Iran Imm 2, Avenue Hassan II
2^{ème} étage Appt N° 8 Témara centre
Tél 0537 74 05 25 INPE 104186119

Date de consultation : **04/05/2024**

Nom et prénom du malade : **Zouhir Hamza** Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **détectée**

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 :

Le : **07/05/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-842951

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 :

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

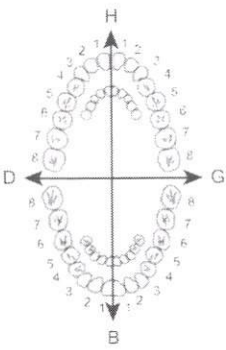
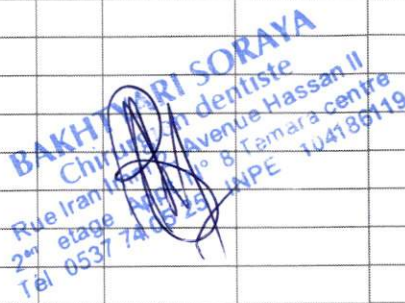
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																														
	—	D ₇₀₈	D ₁₂	11000H	D ₂₀₂																														
		détatige																																	
					MONTANTS DES SOINS 4000H																														
D.D.F. PROTHESES DENTAIRES					DEBUT D'EXECUTION 04/05/24																														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					FIN D'EXECUTION 04/05/24																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> <th colspan="2">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21435552</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					H		G		B		25533412	21435552					00000000	00000000					00000000	00000000					35533411	11433553					COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G		B																															
25533412	21435552																																		
00000000	00000000																																		
00000000	00000000																																		
35533411	11433553																																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession					MONTANTS DES SOINS																														
Montant des Honoraires					DATE DU DEVIS																														
					DATE DE L'EXECUTION																														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Temara, le 04 mai 2024

FACTURE N° : 22/597

Patient : ZOUHIR HAMZA

Libellé des actes de la nomenclature	Honoraires
Détartrage (1séance) + Polissage	400,00 DH
Total du traitement	400,00 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de quatre cents Dirham

Signature du Dr Bakhtyari Soraya

BAKHTYARI SORAYA
Chirurgien dentiste
Rue Iran Imm 2 Avenue Hassan II
2^{ème} étage App N° 8 Temara centre
Tél 0537 74 05 25 INPE 104186119

Rue Iran, Imm 2 N°8, avenue Hassan II, 2ème étage, Temara centre

Tél : 05.37.74.05.25/06.35.20.86.01 – Email : dr.sorayabakhtyari@gmail.com

INPE: 104186119 - IF: 33623413 - ICE: 002262127000076