

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

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 à caractère personnel.

N°1: N° P19- 059096
35750

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : BF68 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL JALILI ERNADIA M'KAMY

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661157284 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : BEN NOUSSA HANANE Age : 50

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 : CAF

Le : 08/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :



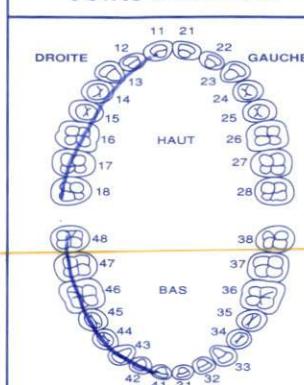
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

11 - 17]

41 - 47]

et étendue à

Extrait de 11 - 17

et 41 - 47

D 20 x 2

800 x 2 = 1600

M

Coefficient des travaux

D 40

Montant des soins

1600

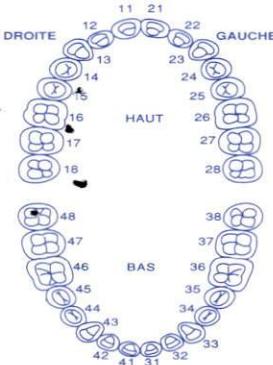
Début d'exécution

18/07/20

Fin d'exécution

22/07/20

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H 25533412
00000000

G 21433552
00000000

H 00000000

G 00000000

H 35533411

G 11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

DR. MOHAMED TAHMOUDI
Implant / Prothèse
36, Rue des Eperviers - Oued
Casablanca

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

P 14 / 0033789

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

Mle

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

P 14 / 0033789

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom BEN MOUSSA Hanoue

Fonction Fonction

Phones

Mail Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date Date

Nature de la maladie Nature de la maladie

Date 1ère visite Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE Date

Montant de la facture Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV



INP : 34750506
ID F : 45667941
ICE : 002465127000062

FACTURE Pour Mme BENMOUSSA HANANE

Je soussigné Art's Clinic Certifie avoir reçu La somme de 1600,00 dhs correspondant aux :

- Gingivectomie étendue à un extant :

- De la 11 ======> la 17 800,00 dhs

- De la 41 ======> la 47 800,00 dhs

Casablanca Le 22-07-2020

Dr. Mohamed TAJMOUATI
Implant / Prothèse
36, Rue des Eperviers - Oasis
Casablanca