

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 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 046577

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2190 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FASSI F. H. R. HASSAN
Date de naissance : 29/05/68
Adresse : 4b RUE ATLAS CASA
Tél. : 0661196605 Total des frais engagés : 200 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : 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 :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Fournir une facture

Indiquer 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	Coefficient des soins
		Consultation DC		06.

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	25533412	21433552
	D 00000000	00000000
	00000000	00000000
	G 35533411	11433553
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis
		Fin de

Pr. LAALOU Younes
Prothèse fixée / Implantologie
34, Bd Abderrahmane el-Mechaieq
des Papillons Quartier Oasis Casablanca
Tel : 0522 99 11 34 - 0522 99 66 16
0522 99 47 64 - 0522 99 81 46

ADHERENT	NOM :	Mle
W18-377178		
de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	2000 DA	
de validité de cette feuille est de (3) trois mois tendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les tifs exigés par la Mutuelle		

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

W18-377178

DATE DE DÉPÔT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle
Nom & Prénom	F. ASSI F. H. R. HASSAN
Fonction :	OPC
Phonés :	0661196805
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient
	F. ASSI F. H. R. HASSAN
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 57
Nature de la maladie	Date 11/12/13
Date 1ère visite	
Consultation	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		200,00

PHARMACIE	Date
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	

Pr. Younés LAALOU

Professeur Agrégé en Prothèse Fixée

Docteur en Médecine Dentaire-FMD.Casablanca

C.E.S de Biomatériaux Dentaires

C.E.S de Prothèse Fixée

C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle

C.E.S de Prothèse Adjointe Totale

C.E.S de Parodontologie

Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo-faciale .Paris VII

Casablanca, le 11/12/2019

Patient(e): M. FASSI FIHRI hassan

FACTURE N° 28-12-2019

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
Consultation		200,00 DH
TOTAL		200,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Deux cent DH

Signature du Praticien

Younés LAALOU
Prothèse Fixée - Implantologie
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue des Papillons, Quartier L'oasis, Casablanca
Tel : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16
0522 25 37 60 - 0662 12 81 46

34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue des Papillons, Quartier L'oasis. Casablanca-Maroc

0522.25.37.68 / 0522.98.51.34 / 0522.99.51.34

GSM : 06 65 169 169 (Urgences) E-mail : oasisdentalclinic34@gmail.com

ICE : 001613438000068 IF : 40909050