

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.

Diagnostique 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.

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

N° M21- 073257

ND: 81878

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société : retraite

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : épouse

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed Jawane A.G.A

Date de naissance : 1942

Adresse : BOUSKOURA GOLF city ville Verte n° 81 A CASABLANCA

Tél. : 0608011155

Total des frais engagés : 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 : CASABLANCA

Le : 14 / 7 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M2173257

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 :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

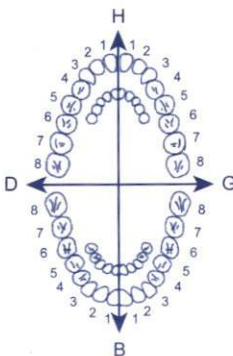
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

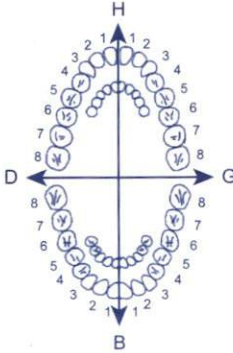
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

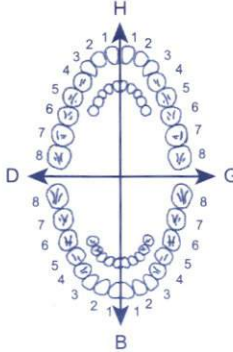
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	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				
	<div>H</div> <div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr OLIVIER SYRIEX
LBM CENTRAL 92
Identification 920028032

Feuille de soin N°

Mr Mohammed ALAOUI
199 RUE JB CHARCOT
92400 COURBEVOIE

Réf. du dossier :
C20200723086

COURBEVOIE, le Jeudi 21 Janvier 2021

QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la caisse pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° C20200723086
Date de l'examen : 23/07/2020

N° SS de l'assuré(e) :
Né(e) le : 31/12/1942

Récapitulatif quittance d'honoraire :

Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
109.67	109.67	0.00	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

A circular stamp with the text "LABORATOIRE" and "21 JAN 2021" is visible. Overlaid on the stamp is a large, stylized handwritten signature.

Docteur Florence OGRIN

Médecine Générale
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat

Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

75 16 9511 5

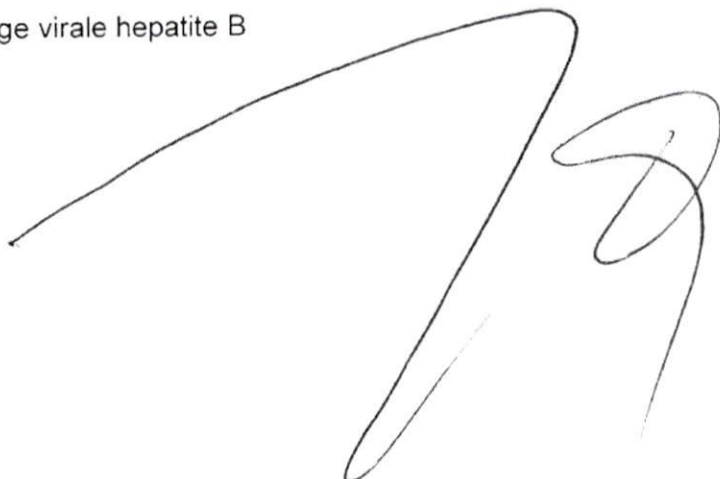
10001477529

RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB

Le jeudi 9 juillet 2020

M Mohammed ALAOUI

charge virale hepatitis B



62, avenue de la Grande Armée

75017 Paris

Tél. : 01 45 74 07 08

Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

Docteur Florence OGRIN

Médecine Générale
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

75 16 9511 5

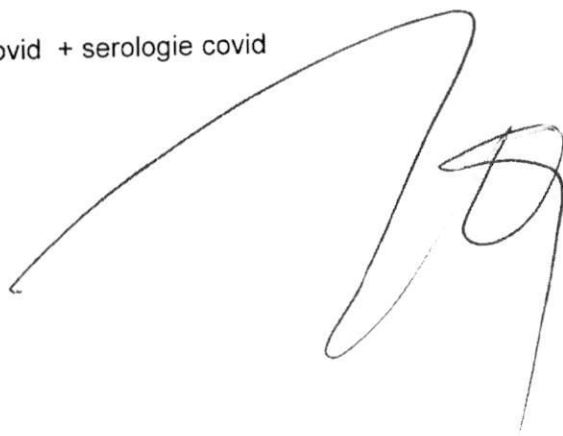
10001477529

RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB

Le jeudi 9 juillet 2020

M Mohammed ALAOU

pcr covid + serologie covid



62, avenue de la Grande Armée
75017 Paris

Tél. : 01 45 74 07 08

Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.