

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.

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

N° W21-690142

Commer.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 412 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : CAIRoussi SAADI A

Nom & Prénom :

Date de naissance : 10/05/1981

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-690142

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des																				
		<p>Débridage (A2+A3) (A2+A3+40)</p> <p>Haut et Bas</p> <p>Consultation (C)</p> <p>Curtage Para-dontale</p> <p>Parodontite généralisée (A40)</p>		<p>Montant des soins</p> <p>3100 DHS</p> <p>Début d'exécution</p> <p>28/10/2021</p> <p>Fin d'exécution</p> <p>28/10/2022</p>																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			<p>Montant des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Fin de</p>	
H		G																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)																								
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-118091	
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		



W17-118091

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	W12
Nom & Prénom		Laanoussi Saadia	
Fonction :		Phones.....	
Mail		laanoussi	
MEDECIN	Prénom du patient Laanoussi Saadia		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
	01/10/1952	28/10/2022	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Chirurgie Buccale (curtage para-dontale)		28/10/2022	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		3350 DHS	
PHARMACIE	Date	20.01.2022	
Montant de la facture	102.00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 28/10/2021	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Radio panoramique (2.15)	250 DHS		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. EL HADRI Abdellah
CHIRURGIEN DENTISTE
Tél: 0539 33 31 63 / 0539 94 72 25
15, Angle Rue Fes et Rue Ibn Toudjal
Pharmacie Larmonoro
Dr. Zeroual Hamidou
Tél: 0539 942 587 - 0539 942 715
69, Rue Fes et Rue Ibn Toudjal

Dr. EL HADRI Abdellah

CHIRURGIEN DENTISTE

Spécialiste en Orthodontie

Chirurgie Buccale et implantologie

Spécialiste en Orthodontie

Tanger, 2022-01-20 10:01:10

ORDONNANCE MEDICALE

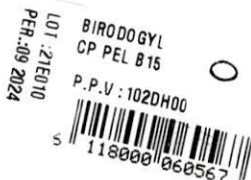
Patient : LAAROUSSI Saadia

BIRODOGYL

1 comp/ 3 fois par jour

DOLIPRANE 1g

1 comprimé 3 fois/j pendant 7j



CACHET ET SIGNATURE

Dr. EL HADRI Abdellah
CHIRURGIEN DENTISTE
Tél: 0539 33 21 53 / 0539 94 72 25
13, Angle Rue Fés et Rue Ibn Tofail
Imm. Office Building Tanger

INP: 164167918 - IF: 36403157 - ICE: 001659352000050
13, Angle rue Fés et rue ibn toufail, Imm. Office Building. Tanger
Tél: 05 39 94 72 25 | 05 39 33 31 63 - Mob: 06 62 65 27 53 | 06 62 81 05 57

Dr. EL TIADRI Abdellah

Spécialisé en Orthodontie et Prothèses
Chirurgie Buccale et Implantologie

FACTURE

Tanger, le 28/01/2022

Facture N° : 22362

Patient : **Saadia Laaroussi**

Mode paiement : ESPECES

Les honoraires reçus, dont le montant en Dirham : **3350 dh**

Pour la réalisation des actes suivants :

Consultation (C)
Radio panoramique (Z15)
Detartrage haut et bas (D12+D12)
Curtage paro-dontale (parodontite generalisee)
(D40)

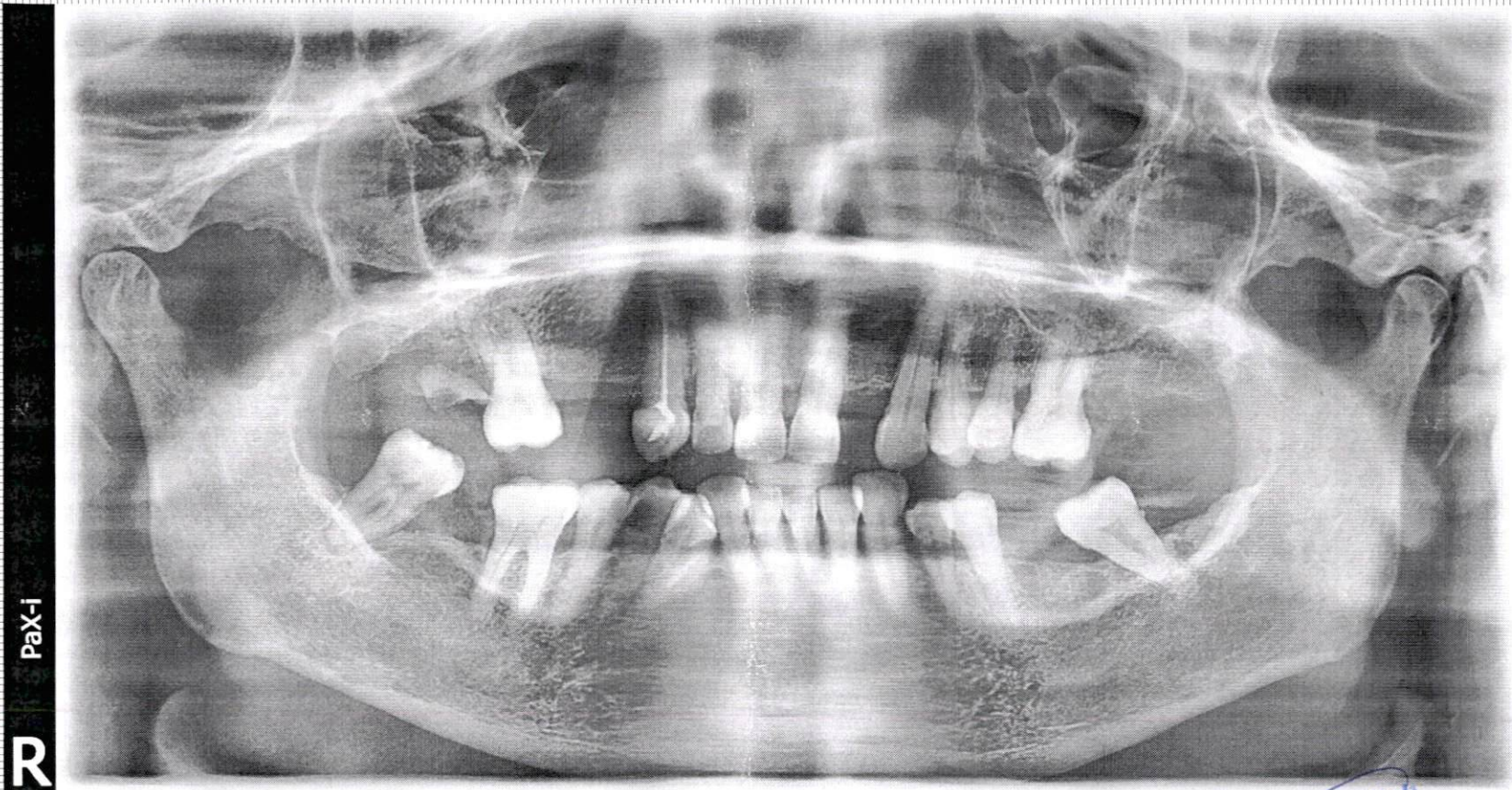
Dr. EL TIADRI Abdellah
CHIRURGIEN DENTISTE
Tél: 05 39 33 31 63 / 05 39 94 72 25
13, Angle rue Fés et rue ibn toufail, Imm. Office Building, Tanger

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille trois cent cinquante dirhams

INP: 164167918 - IF: 36403157 - ICE : 001659352000050
13, Angle rue Fés et rue ibn toufail, Imm. Office Building. Tanger
Tél: 05 39 94 72 25 | 05 39 33 31 63 - Mob: 06 62 65 27 53 | 06 62 81 05 57

Name : SAADIA, LAAROUSSI(Femme) Chart No : 20211028_121716
Date of Birth : 1952/01/01(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2021/10/28 PM 12:19:57
kVp : 72.0 mA : 10.0 DAP : 1.1948

Dr. EL HADRI Abdellah
CHIRURGIEN DENTISTE
Tel. 039 22 21 63 / 0535 54 75 16
12, Angle Rue Faid et Rue Ibn Tofail
Imm. Office Building Tanger