

# 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.

## **Education :**

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.

## **Prothèse :**

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2727 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RHADBANE MESSAOUD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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 : .....

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 : ..... / ..... / .....

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
 DROITE HAUT BAS	1 <sup>re</sup> dentaire 2 <sup>nd</sup> dentaire 3 <sup>rd</sup> dentaire	D.24 D.24 D.24

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire			
 DROITE HAUT BAS	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
 DROITE HAUT BAS	D 00000000 35536111	G 00000000 11433553	
Dr. IBTISSAM BEN HASSAN Chirurgien Dentiste Orthodontiste N° de l'INPE : 02402458n <small>(Création, Réparation, adjonction)                      Fonctionnellement indispensable, nécessaire à la profession</small>			

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'execution

## VOLET ADHERENT

NOM :



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

Mle

Cachet  
MUPRAS

DECLARATION N° P 17 / 050646

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



P 17 / 050646

DATE DE DEPOT

07/10/2022

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom RHADIS BANE MESSAOUD

Fonction Retraite Phones 661961369

Mail sadrissessy@gmail.com

## MEDECIN

Prénom du patient RHADIS BANE MESSAOUD SAUD

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date 02/04/22

Date 1ère visite 30/03/22

Nature de la maladie

Sin de la dent

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Dentaire D.24 800,00 Dhs

Dr. IBTISSAM BEN HASSAN  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste

N° de l'INPE : 02402458n

Bureau A Maghrib 92, Bloc D, Rdc 2, 356254, G...

Dr. IBTISSAM BEN HASSAN  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Bureau A Maghrib 92, Bloc D, Rdc 2, 356254, G...

PHARMACIE Date .....

Montant de la facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Dr. Ibtissam BENHASSAN  
Chirurgien Dentiste

الدكتورة إبتسام بنحسن  
اختصاصية في جراحة  
الأسنان

Kénitra, le ..... 02/04/22 القنيطرة في

Dr. IBTISSAM BEN HASSAN  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
N° de l'INPE : 024024580

FaETURO

\* M<sup>R</sup> RHADBANO MESSAN SAOUA

Acht.

⊗ Dektrage

cotation D24

montant payé 800,00 dh

pature antérieure  
g6 huit dents durs

06 61 50 48 85 - 05 37 35 62 54, مكتب A، المغرب العربي - القنيطرة / الهاتف : 97  
97, bloc D, rési. Essadik, bureau A, Maghrib Al Arabi - Kénitra / Tél. : 05 37 35 62 54 - GSM : 06 61 50 48 85

Dr. Ibtissam BENHASSAN  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Bureau 97, bloc D, rési. Essadik, Kénitra  
Tel. 05 37 35 62 54 - GSM : 06 61 50 48 85