

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.

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.

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0038109

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8638 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUERGAAI SKENDER

Date de naissance : 31.03.1972

Adresse : MARITUELLE

Tél. : 06 63761103 Total des frais engagés : 400 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 : 19/09/19

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
	23	Composite	D30
			Coefficient des
			26 + D30
			Montant des soins
			400,00 DH
			Début d'exécution
			29/6/2019
			Fin d'exécution
			29/6/2019
O.D.F. Prothèses dentaires			
D		H	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction)			
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse			
		Date du devis	
		Fin de	
VOLET ADHERENT			
NOM : EL GUERBAH		Mle 8638	
DECLARATION N° W18-394726			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	400,00		
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		W18-394726	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8638	
Nom & Prénom EL GUERBAH SKENDER			
Fonction : MECANICIEN		Phones : 06 6376 1103	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		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			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr.El houcine ETTALIBI

Chirurgien-dentiste Orthodontiste

Diplômé de l'Université de Hassan II Casablanca

الدكتور الحسين الطالبي

جراحة و تقويم الأسنان

خريج كلية طب الأسنان الدار البيضاء

Agadir, le : 29/06/2019

NOTE D HONORAIRE

24 SEP. 2019

Je Soussigné : Dr El Houcine ETTALIBI

Certifie que : EL GUERGAAI SKENDER

A bénéficié à ce jour de soins dentaires dont la note

d'honoraires s'élève à :

****400.00DH****

BBH
D10
P26
[Signature]

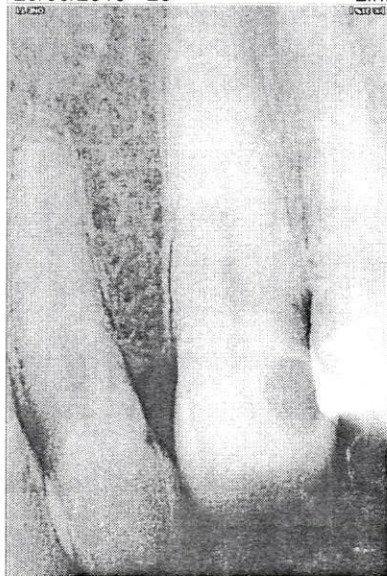
[Signature]
[Stamp: 29/06/2019, Agadir, Maroc]

رقم 22 مكرر. زاوية شارع جمال عبد الناصر و زنقة 807 حي المسيرة أكادير
N°22Bis, Angle Boulevard Jama! Abdenacer et Rue 807 Cité Almassira, Agadir.
Tel.: 05 40 10 27 88

ICE 001665122000042 – IF 14495776 – INPE 034163014

Création 29/06/2019 EL GUERGAAI Skender Impression 13/07/2019

29/06/2019 - 23 - Lin.



✓

CENTRE DENTAIRE ALMASSIRA, Dr. El houcine ETTALIBI
22 bis Bd Jamaï Abdenacer Rue 807 Cité Almasira AGADIR, 0612479710

الدكتور الحسين الطالبي
طبيب جراح الأسنان
رئيسة لجنة الدفاع عن حقوق المريض
والتزامه بالأسس الأخلاقية للمهنة