

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, parodontologie 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-453378

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM.**

Matricule : **9004** Société : **RAM.**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHEMSI SAAD**

Date de naissance : **28-02-1972**

Adresse : **32 Rue 31 Lt Sidi Abderrahmane OULFA - CNSA**

Tél. : **06 62 78 53 57** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **Dr. TAHIRI Abdellah**
Chirurgien Dentiste
Parodontologie
Cabinet de Soins et de Soins
Casablanca

Date de consultation : **02/03/2019**

Nom et prénom du malade : **CHEMSI SAAD** Age : **28.02.72**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Soi dents**

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 : **CASA** Le : **02/03/2019**

Signature de l'adhérent(e) : _____

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

2
ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : 094171017
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="C6"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="Produit ="/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="02.09.19"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="02.09.19"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>25533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAHIRI
Chirurgien Dentiste

~~Chirvelas Dentist.~~

14. 11. 1992

Cost: \$100.00

مضاد حيوي

BIOTIC PLUS 1g/125 mg

Produit pour suspension buvable en sachet

Sachet de 14 sachets - PPV - 125,00 DH

6 118000 191025

بيوتيك بلوس
1 غ/125 ملغ
علبية من 14 لفيفة

أموكسيسيفلين - حامض كلأولانيك
علبية من 14 لفيفة

الدكتور الطاهري عبد العال

طبيب جراح للأسنان

خريج كليات باريس

تقويم الأسنان

زراعة الأسنان

جراحة الفم و اللثة

طب الأسنان التجميلي

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PARIS

طبيب سابق بمستشفيات باريس

ORDONNANCE

Casablanca le : 02.09.2019

Chomsi Sana

PPV:22DH20
PER:06/20
LOT:H1507



125

1/ Biotic plus

1 sachet ex 17 par 3

02.20

2/ Codolip

14/20 1/2 = 5 sachets par semaine

Dr. TAHIRI Abdelali
Chirurgien Dentiste

Residence: 14/20 1/2 = 5 sachets par semaine
Casablanca tel: 022 20 17 89