

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0040583

RIO

15637

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 00152

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Hemasouhi Houda

Date de naissance :

01/07/1960

Adresse :

Tél. : 0637.61.61.113 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19- 040583

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 pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 /0029221		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance des Personnels de la SNTA de Royal Air Maroc
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 14 / 29221

DATE DE DEPOT

Enriq Peral /2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00452	 <i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom MESSAOUDI HOUAD			
Fonction RETRAITE	Phones 0637616143		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient TAHRI RAHMA		
<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Enfant		Age 1946	Date 26/11/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Soucis dentaires</u> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances NON			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	INP084023589	600,00 DH	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV			
Montant détaillé des Honoraires			
CACHET			
CACHET			

Docteur EL BEYBI Mostafa

Chirurgien Dentiste

Rue Anoual (Résidence El Baraka)
2ème Etage - N° 11
Tél. : 05 36 68 93 14 - OUJDA



الدكتور البابي مصطفى

طبيب جراحي للأسنان

زنقة أنوال (إقامة البركة)
الطبقة 2 - رقم 11
الهاتف : 05 36 68 93 14 - وجدة

Oujda, le 26/11/19 وحدة في

Fathia M^{me} TAIRI Rahma

Je soussigné certifie que M^r TAIRI RAHMA a subit des soins dentaires sur les dents n° 45 et 47 au prix payé des soins si élevé à la somme de 600,00 DH

Six cent dirhams

INP : 084023589

INP : 084023589

ICE : 001638407000055

Docteur EL BEYBI Mostafa
Chirurgien Dentiste
Rue Anoual (Résidence Baraka) 2^e EL N° 11
Tél. : 05 36 68 93 14 - OUJDA

Docteur EL BEYBI Mostafa
Chirurgien Dentiste
Rue Anoual (Résidence Baraka) 2^e EL N° 11
Tél. : 05 36 68 93 14 - OUJDA