

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 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

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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° W19-512309

16785

AMPL

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2004*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-512309

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- SY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes

comportant un ou plusieurs échelonnements
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



10/86 Accord → MUPRAS
MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

502041

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *AMELIAH JILAH*
Matricule : *7004* Fonction : *EDB* Poste : *DEV*
Adresse : *238 lot laymoun casab*
Tél. : *0661 339855* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *DRISSOU Ameilia Saida* Age *16/12/1968*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *28/10/1979*

Nature de la maladie : *maladie Professionnelle*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A *Casa*, le *28/10/79*

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods

Californie - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 787 75 / +212 522 787 687

ACCUEIL

CLINIQUE D'ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
		10 DEC. 2019		FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	D 220 X 2
	D	00000000	MONTANT DES SOINS	78000,00 DH
	G	00000000	DATE DU DEVIS	28/10/19
	B	35533411	DATE DE L'EXECUTION	06/12/19
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
CCZ 26/10/19 28/10/19 06/12/19 Signature ci-jointe				
VISA ET CACHE DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods California - Casablanca - Maroc Tél : +212 522 787 75 / +212 522 787 687				
VISA ET CACHE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods California - Casablanca - Maroc Tél : +212 522 787 75 / +212 522 787 687				



CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 06/12/2019

FACTURE N° :364/ 2019
Mme. DRIDOU AMELLAH SAIDA

Actes réalisés

Tarif

- | | |
|------------------------------|-------------|
| • COURONNE-CERAMO ZIRCONE/24 | = 4000.00DH |
| • COURONNE-CERAMO ZIRCONE/25 | = 4000.00DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de 8000.00 DH

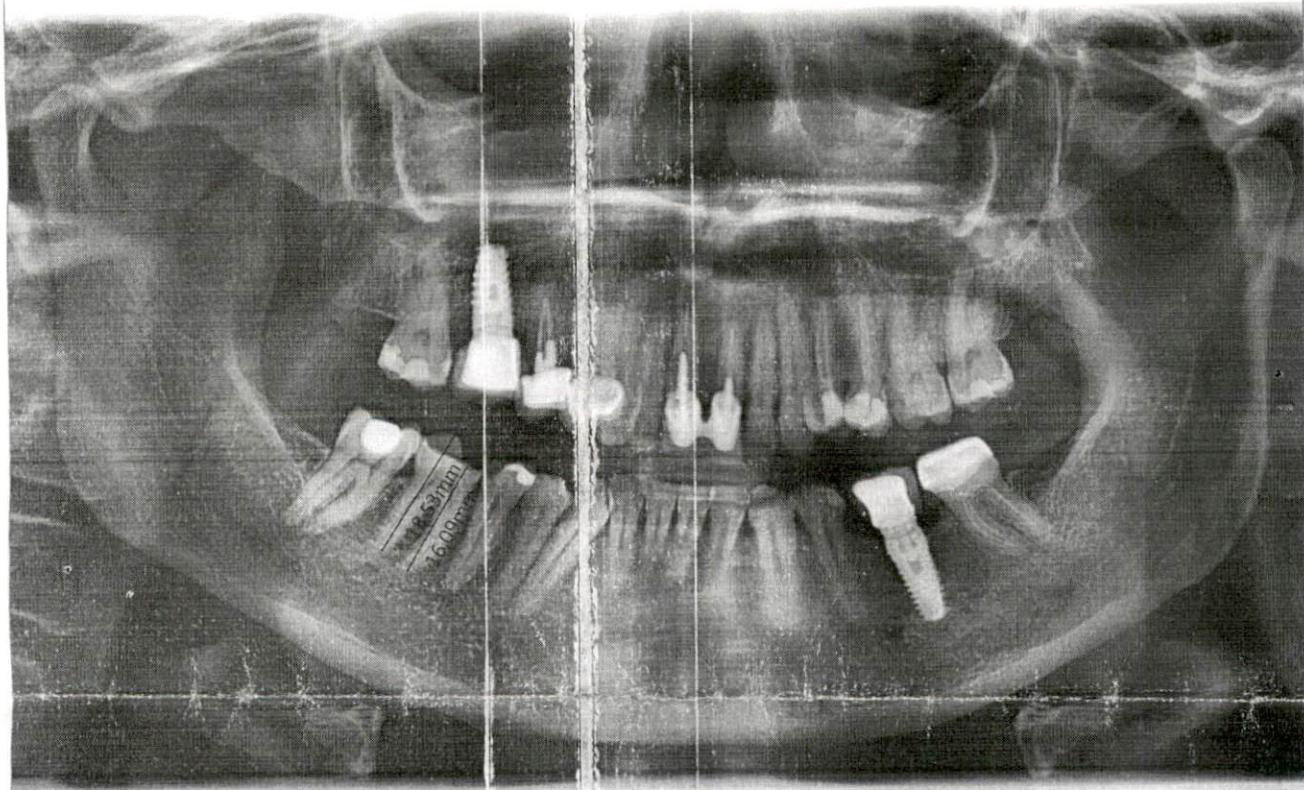
HUIT MILLE DH

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue angle Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 787 575 / +212 522 787 687

ICE: 001804538000089 IF: 14444609 CNSS: 5174991 PATENTE: 36167975
Lotissement Bellevue angle Bd Al Qods, Californie. Casablanca – Maroc
Tél. : +212 522 787 575 / +212 522 787 687 Email : cdm@cliniquedentairedumaroc.com

Chart No: 20191018_090825

Name: DRIDOU e/sAMELLAH SAIDA Gender: Femme Age



CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods

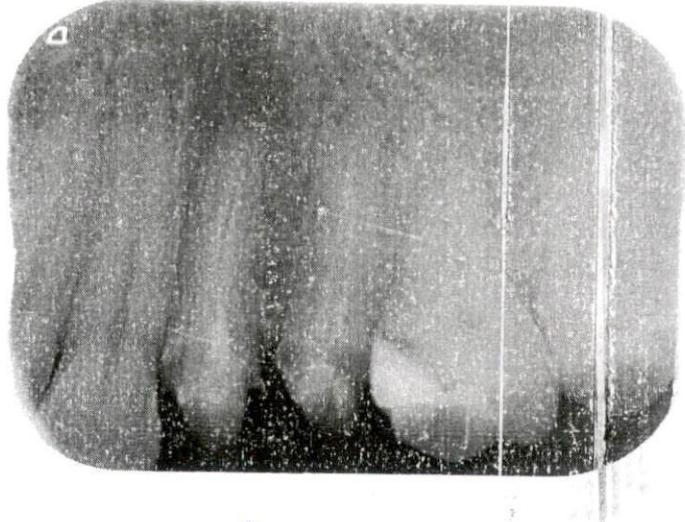
Californie - Casablanca - Maroc

Tél: +212 522 787 575 / +212 522 787 687

Ratio: 100,00% 73[kVp] 12[mA] 1,25 dGyCm²[DAP] Panorama Standard 18/10/2019

Autres rayons X non définis
06/12/2019

24
06/12/2019



Avant
Scellage et

Après

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue Sidi Abd Al Qods
Sidi Othmane Casablanca Maroc
Tél : +212 522 787573 / +212 522 787 687

Dr. Kamel BEN BLOUIM