

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 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Emploi
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (60) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-500506

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13046 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMRI Asmae
 Date de naissance : 12/22/1993
 Adresse : 76, Rés. Al Houda, rue Stam, Dhour Jemaa, Rabat
 Tél : 0670468216 Total des frais engagés : 000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : AMRI Asmae Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Son carie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

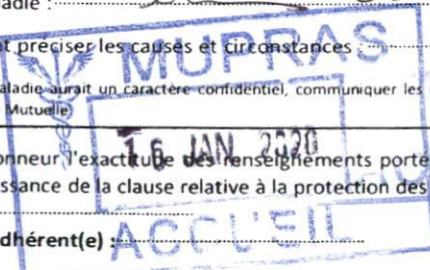
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle

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 : 18/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)



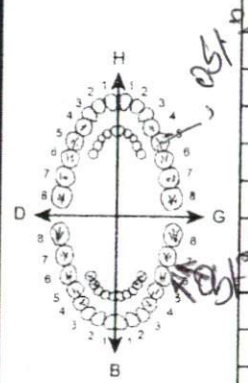
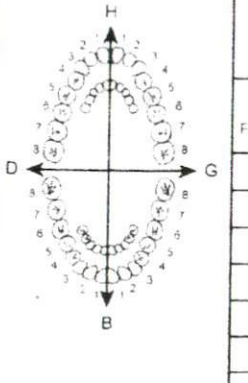
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
24.12.15	obr	D10	250 DH	INP : 10140050804
24.12.15	obr	D10	250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	

VOILET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 101400150014															
	25	obr	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX D20															
	36	obr	D10		MONTANTS DES SOINS 5000H														
						DEBUT D'EXECUTION 4.12.15													
					FIN D'EXECUTION 14.12.15														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX 															
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	25533411	11433553	B		G
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
00000000	00000000																		
25533411	11433553																		
B																			
G																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 																	
		DATE DU DEVIS 																	
		DATE DE L'EXECUTION 																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Dr. LATIF ABDEL HAMID
Chirurgien Dentiste
Massan II, Imm. 66, App. 15
Tél: 05 37 20 26 95

Docteur ZAHIM Abdelhamid

Chirurgien Dentiste
Lauréat de la Faculté de Médecine
Dentaire de Rabat



الدكتور زعيم عبد الحميد

طبيب جراح للأسنان
خريج كلية طب الاسنان
بالرباط

ORDONNANCE

Rabat, le : 14.12.13 الرباط في : 14.12.13

FACTURE

Client : Amri Asma

Date	Position Dent	Nature des Travaux	Coefficient	Montant Honoraires
14.12.13	25	obt	D10	250 ^{DA}
14.12.13	36	obt	D10	250
Total:				500 ^{DA}

Dr. ZAHIM ABDELHAMID
Chirurgien Dentiste
Av. Hassan II, Imm. 66, Appt. N°5,
Tél: 05 37 20 26 95