

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-511823

N°P = 17 356

ne fait
RID

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

I.I.SN Optique

Autres

Matricule : 2561

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : A.Bdenrahim EL KAntib

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 :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-511823

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 :

C.IV (les + urgents)

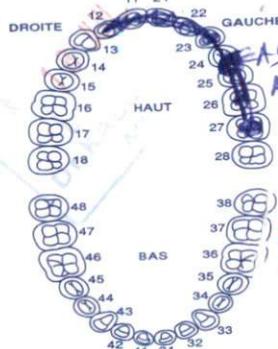
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

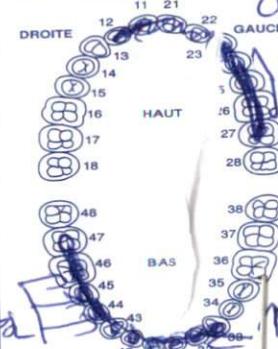
Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES



Q.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	12	21	22	GAUCHE	H
	13	23			21433552
	14				00000000
	15				00000000
	16				00000000
	17				00000000
	18				00000000
	48				00000000
	47				00000000
	46				00000000
	45				00000000
	44				00000000
	43				00000000
	42				00000000
	41				00000000
	31				00000000
	32				00000000
	33				00000000

Création Remont, adjonction Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

100000 en bas (46,44,43)
80000 en haut (41,31,32,33)

100000 espacé (46,44,43,42,41,31,32,33)

Visa et cachet du praticien

DR. Jitmane DHAF
CHIRURGIEN DENTISTE
SIDI LOU WIDAD Sidi Bennour
TAL: 023.35.93.30

VOLET ADHERENT

Visa et cachet du praticien

DR. Jitmane DHAF
CHIRURGIEN DENTISTE
SIDI LOU WIDAD Sidi Bennour
TAL: 023.35.93.30

* 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

P 17 / 0043992

DATE DE DEPOT

201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom

Fonction

Mail

Mme 2564

Phones

SL KATIB

C.V
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Nature de la maladie

DR. Jitmane DHAF
CHIRURGIEN DENTISTE
SIDI LOU WIDAD Sidi Bennour
TAL: 023.35.93.30

Date
Date 1ère visite

28 JUIN 2019

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

non

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

soigne
ce 1er
mardi

1260

36000 DZ

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

18 JUIN

ACCUEIL

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

229
120 DZ
50 DZ

200 DZ
Deux cent Ju

Dr. Jitmane DHAF
CHIRURGIEN DENTISTE
SIDI LOU WIDAD Sidi Bennour
TAL: 023.35.93.30

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des
Honora

AM

PC

IM

IV

CACHET