

151987

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-454996

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	RA 41	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MOULIM ZOHRA	
Date de naissance :		15-01-1955	
Adresse :		H 264 LOT BLWAFIA DEROUA	
Tél. :		0661 74162 88 Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. HASSANE BOUZID
 Chirurgien Dentiste
 Orthodontiste
 2, Bd El Qoda, Rés JET CENTER
 4e Etage, Bur 21 - Casablanca
 Tel: 0522 87 47 38
 mail: hassane.bouzid@gmail.com

Date de consultation : 06/03/23
 Nom et prénom du malade : MOULIM ZOHRA Age: 68
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Pulpite** (**Reprise**)

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 N° W19-454996

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).

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0910123456
	35	Reprise	325	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		de		
		TC		MONTANTS DES SOINS
	37	TC	325	
				DEBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
<p>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$\frac{25533412}{00000000} \quad \frac{21433552}{00000000}$ $\text{D} \quad \frac{00000000}{3553341} \quad \frac{00000000}{11433553}$			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

Dr. Hanane BOUZID

Chirurgien dentiste

Diplômée de la Faculté
de médecine dentaire Paris VI

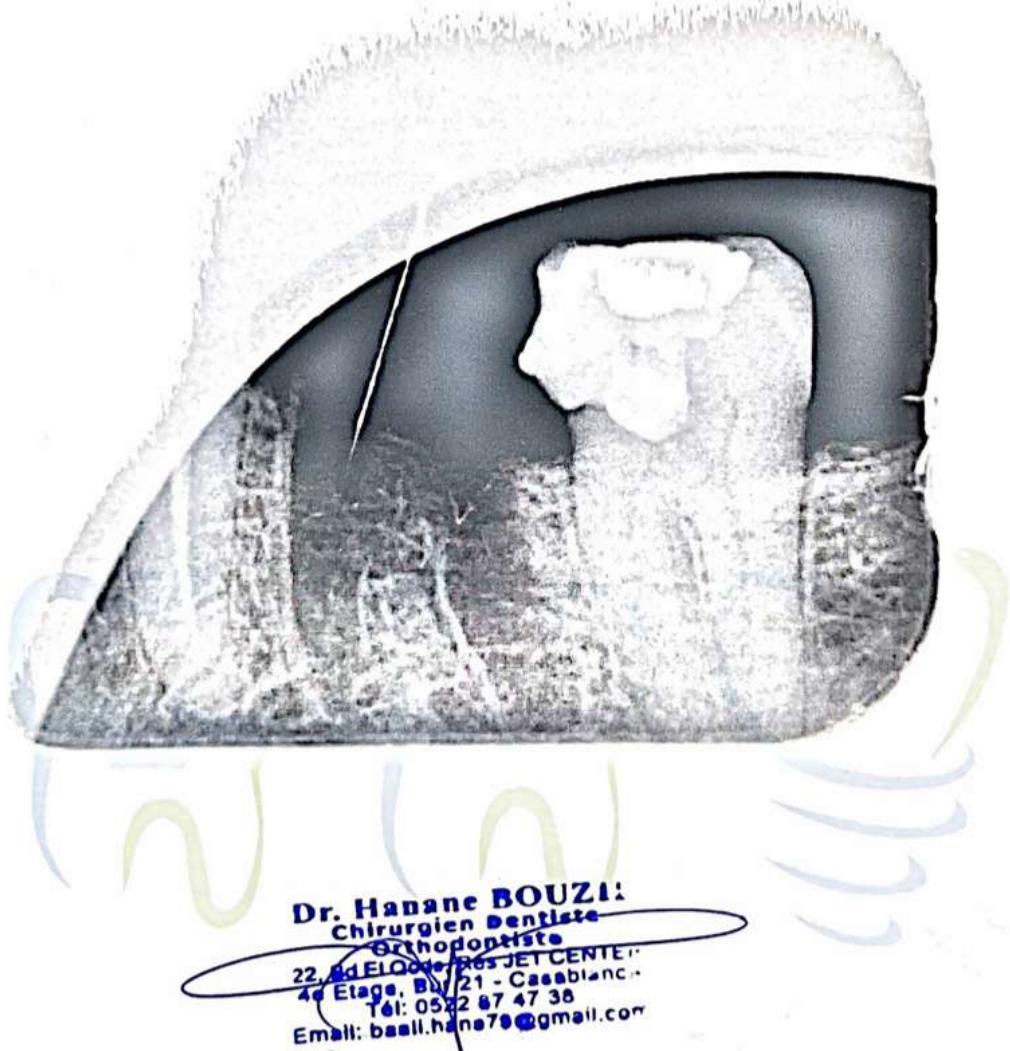


الدكتورة حنان بوزيد

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بباريس VI

Mme MOULIM ZOHRA s



Dr. Hanane BOUZID
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
22 Bd EL Qods N°21 - JET CENTER
4^e Etage, Bât 21 - Casablanca
Tél: 0522 87 47 38
Email: baali.hana79@gmail.com

22, Lotissement Assakane Al Anik Bd El Qods, Résidence Jet Center, 4^{ème} étage , Bureau N° 21 - Casablanca
Tél.: 0522 87 47 38 / 0687 43 05 76 - E.mail: baali.hana79@gmail.com

Patente: 34006231 - IF: 40283562 - ICE: 001634630000087 - INPE: 094172210