

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

- Reclamation : 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 Allet Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allet Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (Ld) - Fax : 05 22 22 78 19 - www.mupras.com



MUPRAS

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

demande de prise en charge

Déclaration de Maladie

N° M21- 072325

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4805

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MOEFID EL MOHAMED

Date de naissance : 04/01/1953

Adresse : HABITAT EL EL

Tél : 06 60 61 79 24

Total des frais engagés : Dhs

182245

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2023

Nom et prénom du malade : MOEFID EL MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèse dentaire

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 : 10/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/11/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-72325

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature 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 Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

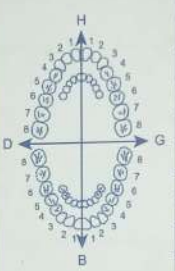

VOILET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important : **Devis pour prise en charge**
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|-------------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|----------|---|----------|----------|----------|--|--|---|--|--|--|
|  | 43 | pulpo + 2 can | D97 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 41 | pulpo | D19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18 | Leukopulpo et 1 can | D12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | D58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | 00000000 | G | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | B | | | |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | G | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bridge cerns éléments 43-42-41 D180x3 = D540 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX D58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS 1160,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX D540 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS 8100,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS 10.11.23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelhamid SLAOUI - Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Implantologie et Orthodontie
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris (FRANCE)
25, rue Zola - 91000 Evry - 2ème Etage - Cassegrain
Tél : 01 70 10 10 10 - 01 70 10 10 10

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

الجمهورية المغربية
الطاقة الوطنية للتعريف

ELMOSTAFA
MOUFID

Né le 01.01.1953
بنيان بشارح

à SIDI BELYOUT CASABLANCA ANFA

المستوطن العالم للأمن الوطني
عبد الحفيظ جويشي

N° B233140

رقم

Validé jusqu'au 06.09.2030
صالحة إلى غاية 06.09.2030

CAN 739921





MOUFID
EL MOSTAFA

Matricule 0004805

CARTE DE RETRAITE

الطاقة المغربية للتقاعد
ROYAUME DU MAROC





