

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 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° W21-682822

PEC

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6235 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JAKIR. MED. CASA AUTO

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 150182 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah HADDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Ithami Lot. N°91, N°4 Etage 2
Casablanca - Tél. : 05 22 89 08 61

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAKIR. MED. Age:

Lien de parenté : Enfant-méme Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dentiste

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 : Casablanca Le : 20/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL



ACCUEIL

N° W21-682822

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

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 : 6235

Nom de l'adhérent(e) : JAKIR.

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
.....	INP : /
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET 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:

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____ INPE : 064199102	
	<i>dent 1-2-3-4-5-6-7-8</i> <i>dent 1-2-3-4-5-6-7-8</i> <i>dent 1-2-3-4-5-6-7-8</i>	<i>Dent 1-2-3-4-5-6-7-8</i> <i>Dent 1-2-3-4-5-6-7-8</i> <i>Dent 1-2-3-4-5-6-7-8</i>	<i>2n</i> <i>2n</i> <i>2n</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>eg</i>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			MONTANTS DES SOINS <i>600,-</i>	
	D	G	D	G	DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
	25533412 00000000	21433552 00000000	35533411 00000000	11433553 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>1700,-</i>
	D	G	D	G	MONTANTS DES SOINS <i>34000,-</i>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <i>17/12/13</i>	
	<i>DNLA/cone 33</i> <i>DNLA/cone 43</i> <i>Ref 33-32-31</i> <i>Ref 46-47-48</i>			DATE DE L'EXECUTION <i>20/01/14</i>	
<i>angethay HADDOCK Dentiste</i> Visa et Cachet du Praticien Attestant le Devis	Visa et Cachet du Praticien Attestant l'Execution				

~~Visiteur: HADJETI HABIB
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami Lot
El Oulemia, Casablanca
Télé: 05 22 89 08 21~~

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Jalair mohamed
Date de naissance: 30/12/1899

11/10/2022 11:15:26
49.010 MGy/cm²

5.00 mA
72.00 KV

9.34 S

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

mm/cm

GEV 12.1

0.00

DV
Dose Reference Volume
Emissions de la source de rayons X
Fonction de dose de la source de rayons X