

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 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie *couvise*

M22- 0024980

AS6469c

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1124 Société : MUPRAS

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENNANI Naïma

Date de naissance : 1949

Adresse : lotis NAKHIL N° 50 Boubaous Tanger

Tél. : 06 61 22 3964 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2023

Nom et prénom du malade : BENNANI Naïma Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Demande d'estomac

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 06 AVR 2023

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 : 10/04/2023 Le : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0024980

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

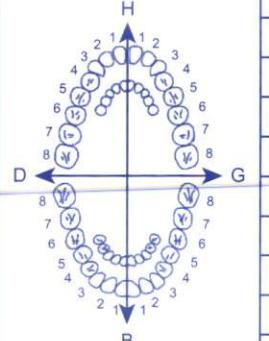
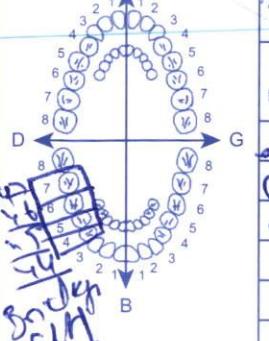
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

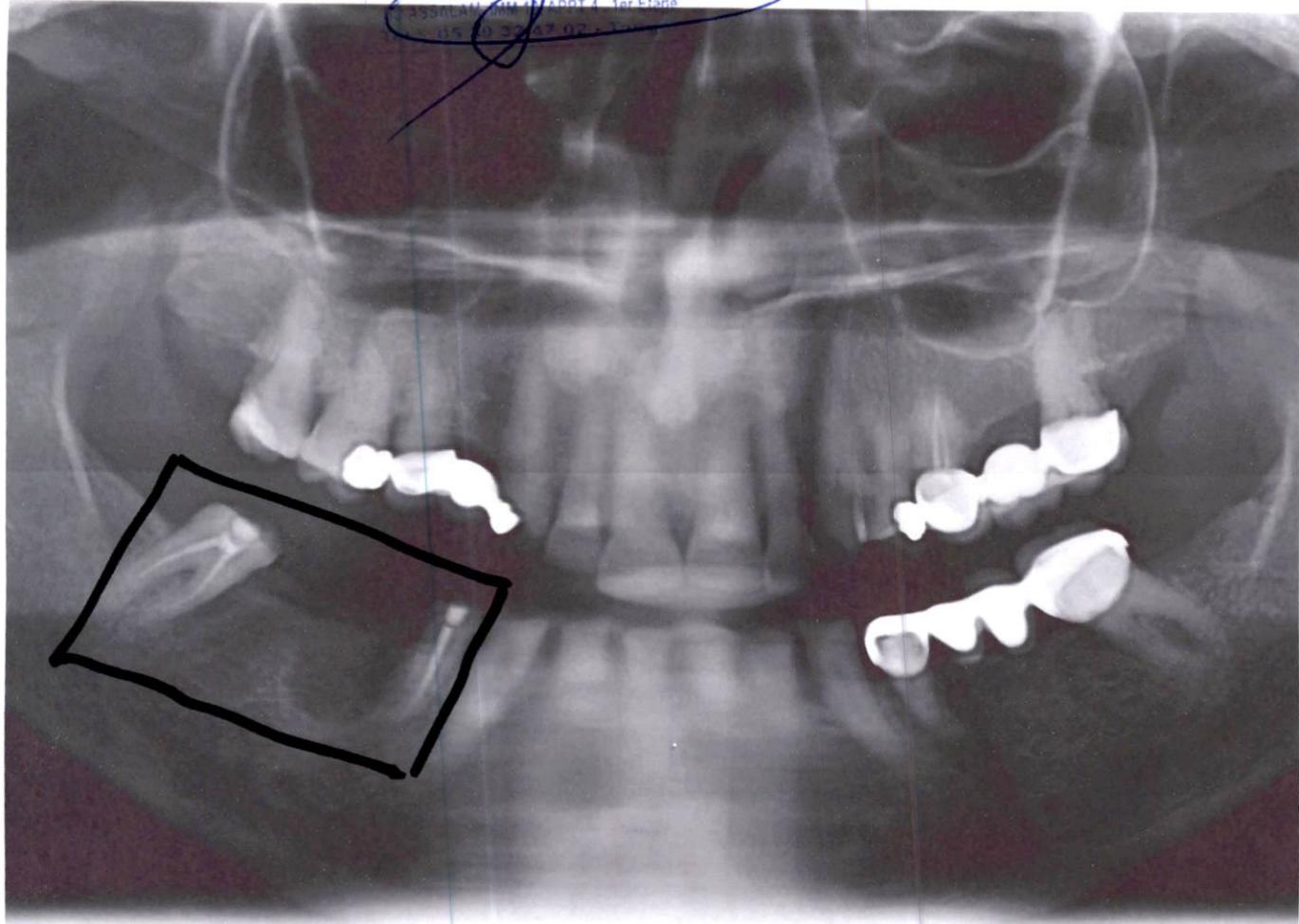
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PROTHESES DENTAIRES Dr RAZZAN ACHOUAID Chirurgien Dentiste Bd ASSALAM, IMM 10, APPT 4, 1er Etage Tanger Tel : 05 39 32 47 02 </div> <div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G B </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div style="margin-top: 10px;"> <i>Bridge Yéternt en Cély Sun en yulys 146142</i> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <i>1804</i> </div>				MONTANTS DES SOINS
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX D720 </div> <div style="text-align: center;"> MONTANTS DES SOINS #100000 </div> </div>				DATE DU DEVIS 03/04/2023
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr RAZZAN ACHOUAID Chirurgien Dentiste Bd ASSALAM, IMM 10, APPT 4, 1er Etage Tanger Tel : 05 39 32 47 02 - Tanger
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAZZAK ACHOUAK
Chirurgien Dentiste
BD ASSALAM INN 14 APPT 4, 1er Etage
Tel : 05 39 32 47 02



- Mme BENNANI Naima
- Radio Diagnostique Dentaire
- Tanger le 03/04/2003.

Denis dentale d'estate Pratiche
free Bridge si élève en CCM sur
le métalubrif

Dr RAZZAK ACHOUAK
Chirurgien Dentiste
BD ASSALAM INN 14 APPT 4, 1er Etage
Tel : 05 39 32 47 02 - Tanger



Soin Dentaire - Parodontie
Implantologie - Esthétique dentaire

Dr . RAZZAK ACHOUAK

Chirurgien Dentiste

Attestation Poste-Universitaire en Implantologie
Clinique

Attestation Universitaire D'occlusodontie Paris VII

Attestation Poste universitaire de Parodontie Clinique

Certificat en Endodontie

Certificat en Facette Cerinate

Tanger le, 03/04/2023

Nom et prénom : Mme : Bennani Naima

Devis

- Demande d'entente préalable pour bridge 4 éléments en CCM sur la 44/45/46/47.....D180x4.....10000.00dh

Total est deD720.....10000.00dh

La présente de devis a été arrêtée à la somme

De Dix Mille Dirhams

Patentee: 57231483 N° ICE: 001733362000077

N° INP: 164177701

N°IF: 18802653

*DR RAZZAK ACHOUAK
Chirurgien Dentiste
ASSALAM IMM 10, APPT 4, 1er Etage
Tel : 0539 32 47 02 - Tanger*