

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'Unité - 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

M23-009320

*Pec urgente
casablanca*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6088

Société :

RATM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Zine Saïda

Date de naissance :

31/17/53

Adresse :

Hobituelle

Tél. :

0661321893

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Zine Saïda

Age :

71 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Soins de soins à prothèse à dents

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 M23-0009320

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

[illegible][illegible][illegible]

* 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.

Veillez 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		
	3	1	cat	D ₁₀	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	D ₁₀₅
	3	2	cat	D ₁₀		
	4	1	cat	D ₁₀	MONTANTS DES SOINS	8800,22
	4	2	cat	D ₁₀		
	4	3	cat	D ₁₀	DEBUT D'EXECUTION	
	4	4	cat	D ₁₀		
	4	5	cat	D ₁₀	FIN D'EXECUTION	
	4	6	cat	D ₁₀		
	4	7	cat	D ₁₀		
			carine Régulatrice	D ₁₀		
			carine Crête	15		
			carine			
		a'carine				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="text-align: center;">H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B</div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	D ₁₈₀
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS	2
	Caplet Néon Supérieur = 10 Caplet Néon Inférieur = 10 Total 233 = D ₁₀ Total 243 = D ₁₂₀					
					DATE DU DEVIS	10/06/22
					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien-Dentiste ©
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tel: 05.22.98.01.98

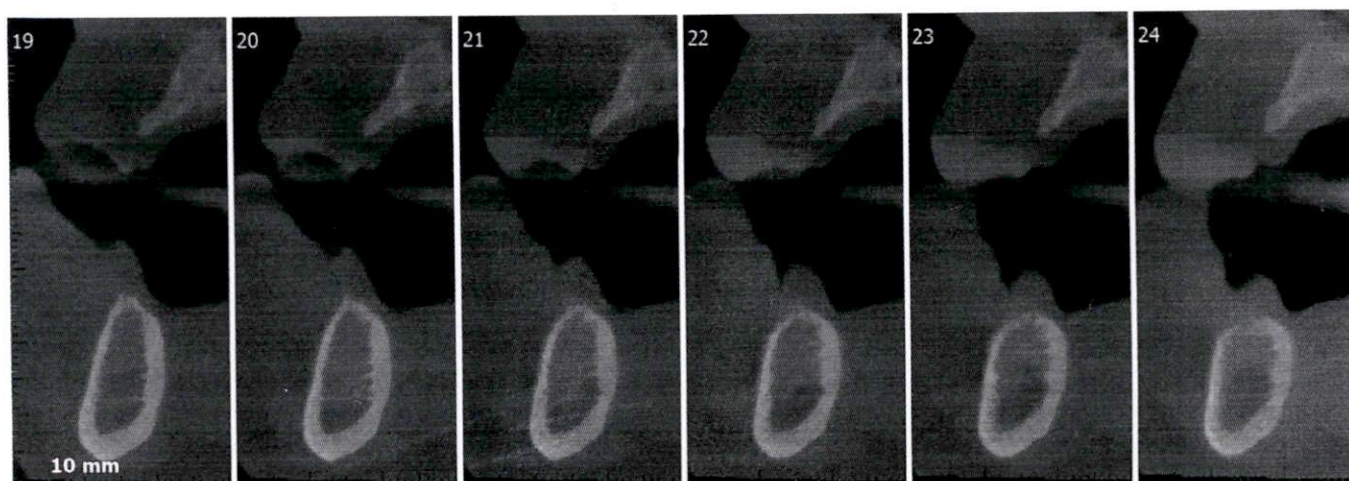
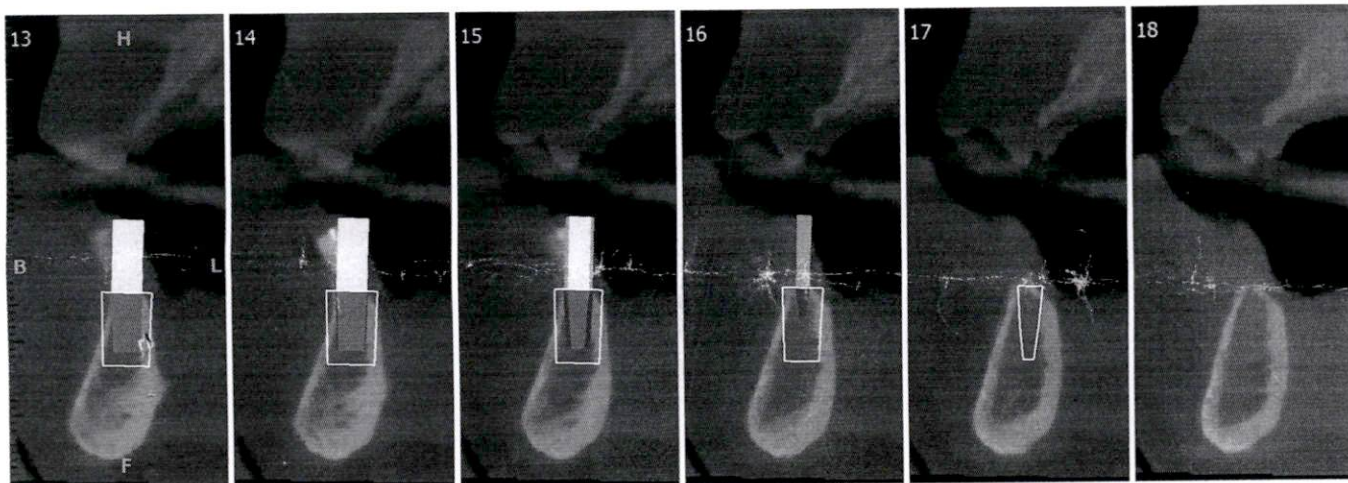
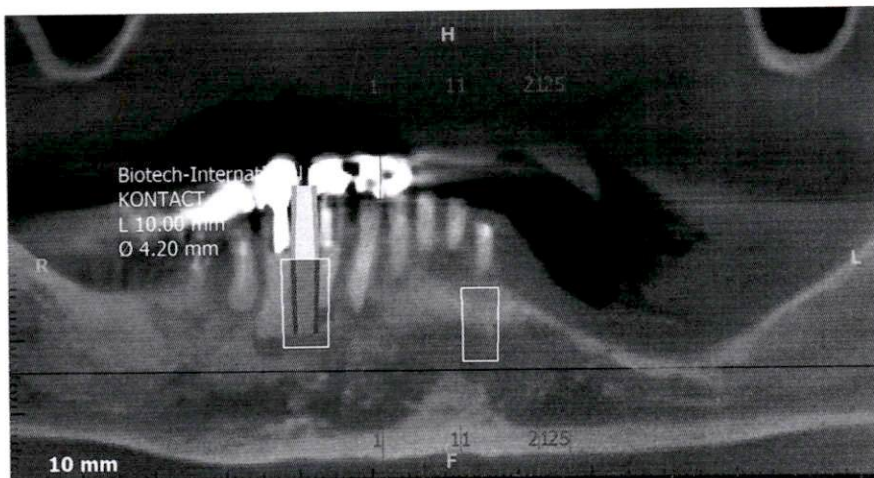
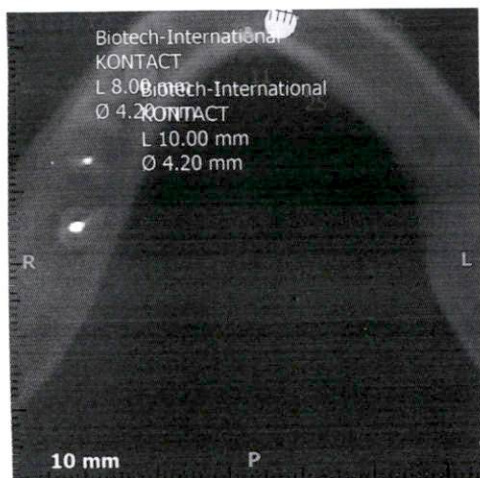
Imaging Center

Docteur MIKOU Othman

Carestream
DENTAL

Address line 1

Address line 2



ZINE Saïda

2022-12-30

Dr Othman MIKOU
Chirurgien Dentiste
18, Avenue Sidi Elhal - Casablanca
Tél: 05.22.98.01.98

120 KV

5,00 mA

24,00 s

1592 mGy.cm²

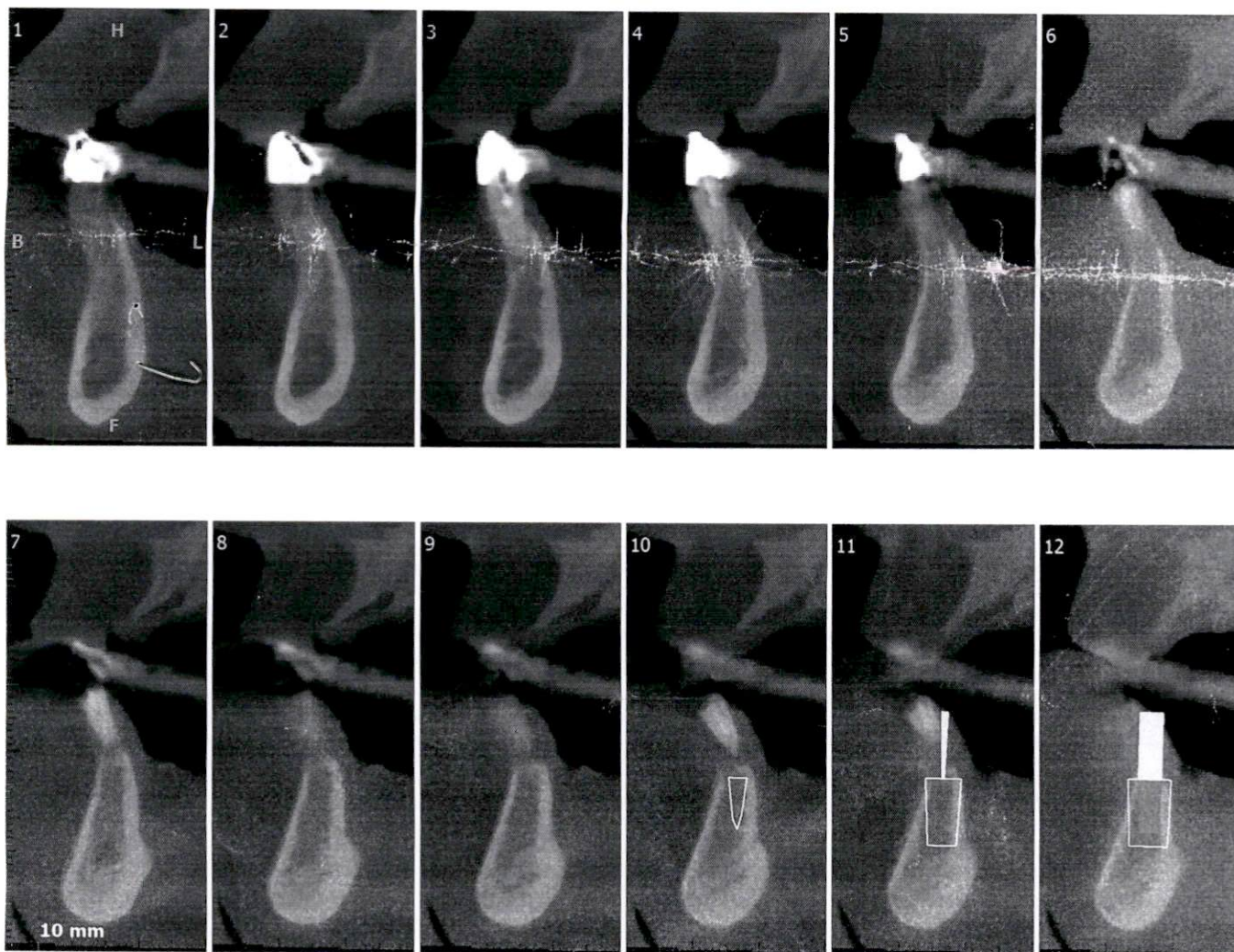
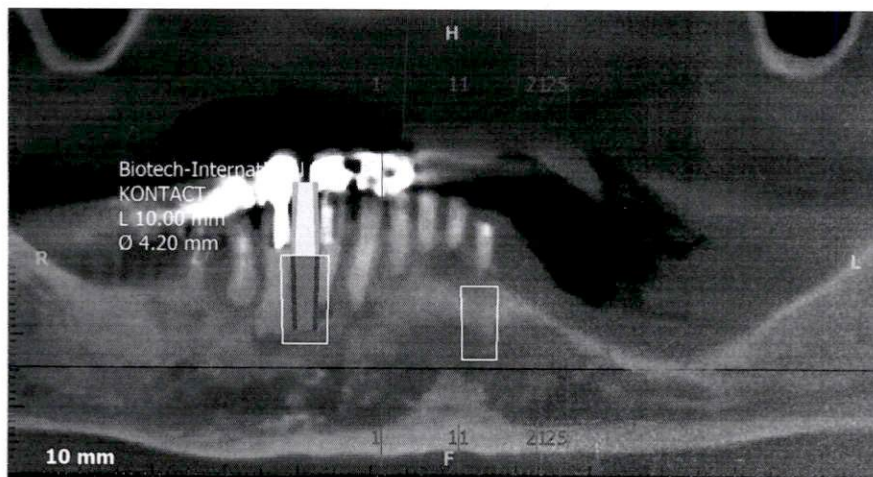
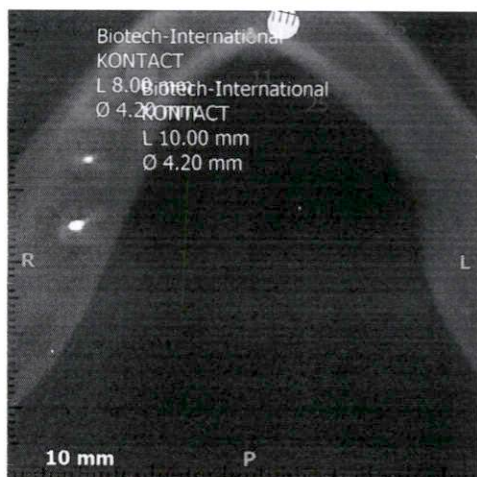
Imaging Center

Docteur MIKOU Othman

Address line 1

Address line 2

Carestream
DENTAL



ZINE Saïda

2022-12-30

Dr Othman MIKOU
Chirurgien Dentiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tel: 0522.98.01.98

120 KV

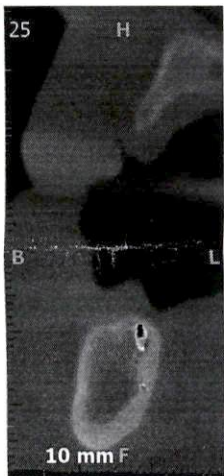
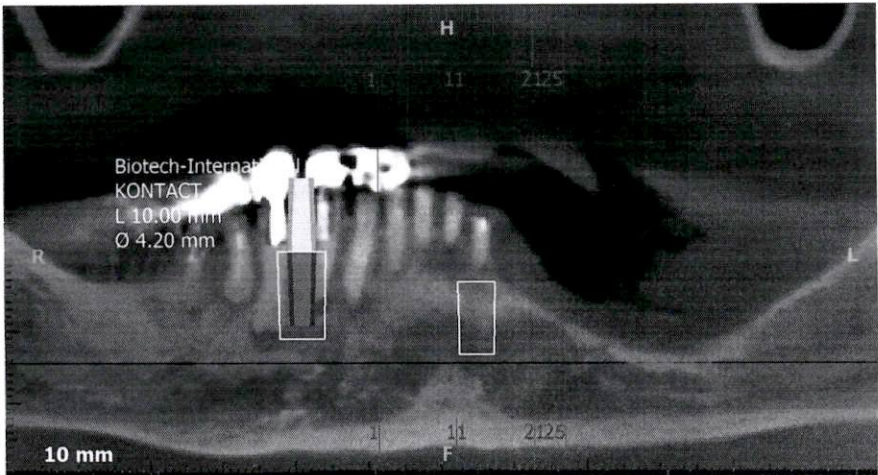
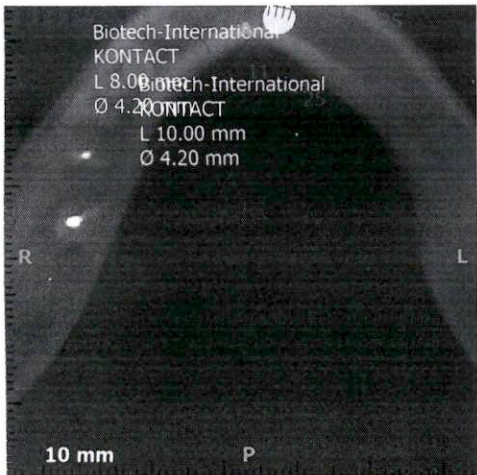
5,00 mA

24,00 s

1592 mGy.cm²

Address line 1

Address line 2



Dr Othman MIKOU
Chirurgien Dentiste
10, Avenue Stendhal - Casablanca
Tel: 05.22.98.01.98

ZINE Saïda

120 KV

5,00 mA

24,00 s

2022-12-30

1592 mGy.cm²