

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

M23-020753

174295

DEC

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4682

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Alami chams Negha

Date de naissance : 1949

Adresse : Bd Ibn Khaldoun N° 4

Tél. : 066119871

Total des frais engagés : .... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2023

Nom et prénom du malade : ALAMI NEZHA

Age : 74

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dents gom prothèses dentaires.

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 M23-020753

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 : 4682

Nom de l'adhérent(e) : Alami

Total des frais engagés : Dhs 3600

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 - 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

052050

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

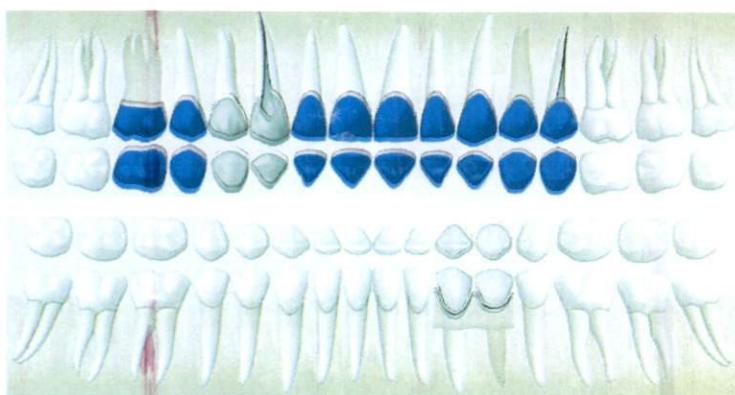
**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DEVIS

Mme ALAMI NEZHA

Casablanca le, 04/09/2023



ACTES	Dent(s)	Montant à payer
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	25	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	24	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	23	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	22	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	21	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	11	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	12	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	15	4000
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	16	4000
<b>TOTAL:</b>		<b>36 000,00</b>

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.

Signature du Patient

Signature du médecin dentiste



Les modalités de paiement 50 % sur la totalité de devis doit être versé à la première séance du traitement. Le montant restant sera versé avant la dernière séance.

Andalous III, Jasmine 4, app 13. 3 ème étage, Bouskoura - Casablanca

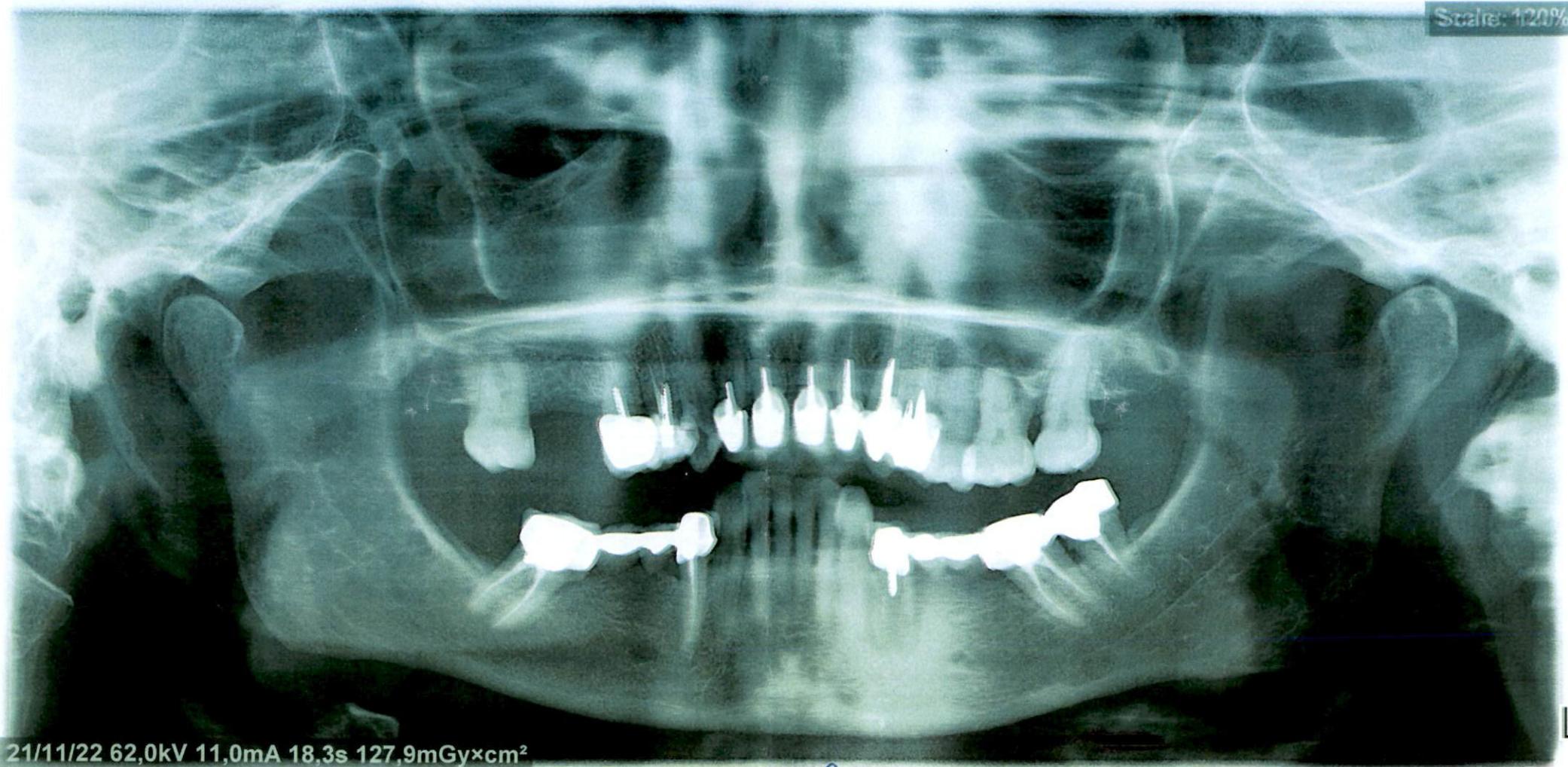
Tél : 05.22.02.73 90

Email : centredentairebennani@yahoo.com

Alami Nezha  
DOB: 24/07/52  
ID: 907

PLANMECA  
Romexis

Scale: 120%



21/11/22 62,0kV 11,0mA 18,3s 127,9mGy $\times$ cm<sup>2</sup>

UW

L