

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° P19-0035289

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.

Éducation :

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.

Prothèse 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

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 - 8ème 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12575 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rouzaoui Othmane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 61 71 86 84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) : ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035289

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 :

praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
 uillez fournir une facture
 uillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>G 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	D 00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		G 11433553	Montant des soins	
		H																	
	25533412		21433552																
D 00000000		00000000																	
00000000		00000000																	
35533411		G 11433553																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																	
CCC 235 et 10.000 Dhs 12 SEP. 2019		Fin de l'exécution																	

DEVI

Dr. M. Kamal ZERAOUI
 5, Lot. la Colline 2 Im. le M...
 2ème Etage Metro C...
 Tél : 05 22 78 96 96

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

W15-023010

Facture
 DATE DE DEPOT
 12/10/17

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle : 12575
Nom & Prénom ROUZAQUI OTHMANE		
Fonction : OPL	Phones 0661718664	
eMail othman.rouzaqui@gmail.com		
MEDECIN		Prénom du patient AGHILANE
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date : 19/09
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Fait pour prothèse		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		
Montant de la facture		Date
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires

cabinet dentaire la colline

Dr Med kamal Zehraoui
Chirurgien dentiste

Casablanca, le 21/09/2014

Fct. de la M. H. H. H. H.

ccc 26 5000

ccc 35 5000

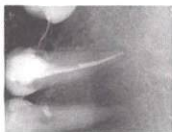
2 Radios

10.000
9/4

Annuler la présente sur la base
de 012 mill.

Dr. M. Kamal ZEHRAOUI
Nouveau Quartier d'Affaires
5 Lot la Colline 2. imm. le Matignon
2ème Etage Métro Californie
Tél : 05 22 78 60 36

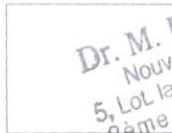
CD LA COIINE DR KAMAL ZEHRAOUI Salle A
AFIFI IHSANE 04/08/2017 Bilan FMS



R

CD LA COLLINE DR KAMAL ZEHRAOUI Salle A

AFIFI IHSANE 26/09/2019 Bilan FMS



Dr. M. Kamal ZEHRAOUI
Nouveau Quartier d'Affaires
5, Lot la Colline 2 Imm. le Malignon
2ème Etage Metro California
Tél : 05 22 78 60 38

R

Dental Imaging Software V6, 14, 0, 4