

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.

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 - 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 : N° P19- 0014911

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 747 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : MIKOU Abdessamad Date de naissance : 8 MAI 1945

Adresse : Rce KAOUTAR AV. ISMAATHIR FES V.N

Tél. : 0663 045835 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ARABET Maryem
Chirurgien Dentiste
Tél. 05 35 62 11 01
Avenue Palestine, Complexe Al-Houria
Immeuble 7 - 1er Etage Appt. 1 FES

Date de consultation : 28 / 09 / 19

Nom et prénom du malade : MIKOU HANANE Age : 22 ans

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

Nature de la maladie : Soins dentaire

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 : FES Le : 30 / 9 / 2019

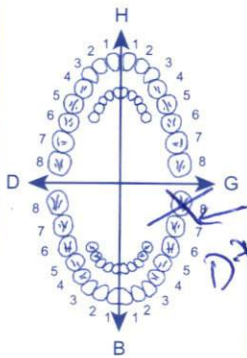
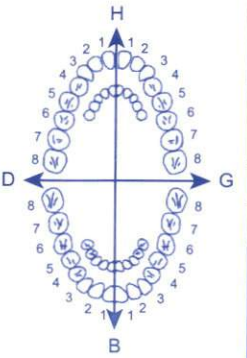
Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																																								
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">SOINS DENTAIRES</div> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Dents Traitées</th> <th style="text-align: center;">Nature des Soins</th> <th style="text-align: center;">Coefficient</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 8</td> <td>Ext Chirurgial D72r</td> <td></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	3 8	Ext Chirurgial D72r																										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 70%; padding: 5px; text-align: center;">D72r</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">MONTANTS DES SOINS</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">+509,00 =</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">DEBUT D'EXECUTION</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">28/09/19</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">FIN D'EXECUTION</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">28/09/19</td> </tr> </table>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	D72r	MONTANTS DES SOINS	+509,00 =	DEBUT D'EXECUTION	28/09/19	FIN D'EXECUTION	28/09/19
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																						
3 8	Ext Chirurgial D72r																																							
COEFFICIENT DES TRAVAUX	D72r																																							
MONTANTS DES SOINS	+509,00 =																																							
DEBUT D'EXECUTION	28/09/19																																							
FIN D'EXECUTION	28/09/19																																							
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</div> 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 70%; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">MONTANTS DES SOINS</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">DATE DU DEVIS</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">DATE DE L'EXECUTION</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION																													
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B																																								
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																								
MONTANTS DES SOINS																																								
DATE DU DEVIS																																								
DATE DE L'EXECUTION																																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


Dr. EL MRABET Maryem
 Chirurgien Dentiste
 Avenue Palestine, Complexe Al-Houria
 Immeuble 7 - 1er Etage Appt. 1 - FES

Dr. EL MRABET Maryem

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la Faculté de Chirurgie
Dentaire de Dakar
Spécialiste en Chirurgie Dentaire
et Orthodontie

د. مريم المرابط

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة طب الأسنان بدمكار

أخصائية في طب وتقويم الأسنان

28/09/2019

Fès le : فاس في :

ORDONNANCE

NOTE D'HONORAIRES FA493/19

Mademoiselle MIKOU Hanane

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
28/09/2019	38	Extr Dent enclavée(chirurgic ale)	D725	500

Total :500,00

Arrêté la présente note d'honoraire à la somme de :
CINQ CENTS DHS

Dr. EL MRABET Maryem
Chirurgien Dentiste
Tél. 05 35 62 11 01
Avenue Palestine, Complexe Al-Houria
Immeuble 7 - 1^{er} Etage Appt. 1 - FES

TP:13107260 IF:40489313 ICE:001635994000022