

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

Consignes 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.

Biologie 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 - 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0026762

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5140 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BARRANE HAMID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0622 64706 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 : CASABLANCA Le : 04 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-026762

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

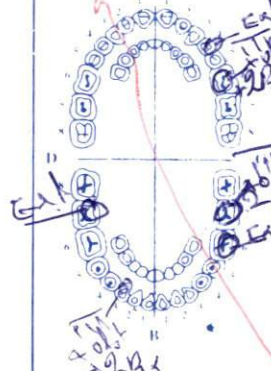
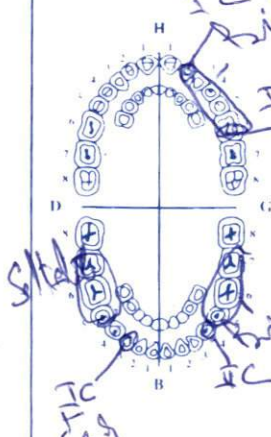
Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
	49	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	24	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	36	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	43	ITC	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	43	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	43	2EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	27	ITC	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	17	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	27	2EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	46	ITC	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	16	2EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	26	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	36	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	46	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	56	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	66	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	76	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	86	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	96	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
	106	EX.	110	110	4400	13 Nov 2018	13 Nov 2018
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
26533412 / 21433552				COEFFICIENT DES TRAVAUX			
00000000 / 00000000				MONTANT DES SOINS			
00000000 / 00000000				DATE DU DEVIS			
35533411 / 11433553				DATE DE L'EXECUTION			
B				12-11-			
(Création, remont, adjonction)				20-7-			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
IC sur 22 + IC sur 26							
IC sur 34 (Dex 2) = 120							
IC sur 43							
Bridg (22-23-24-25-26) 110							
Amalgam (36-37) (110)							
com 43							
Stellite bar (14-15-16-17)							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENCHAKROUN
Enseignant Universitaire
Prothèse des implants
85 Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 23 19 66 - Tél: 05 22 20 03 22

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôleur médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- actes répétés en plusieurs séances ou actes
- travaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



mg no tef

MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

18120DH

AEROPORT CASA ANEA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1565234

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **SARRANTE Hamid**
Matricule : **5140** Fonction : **chef d'école** Poste :
Adresse : **27 rue BAHAR BENJAMIN CASAB**
Tél : **0622 44 70 60** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **Dr. BACHAR KHALIL**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : **04 OCT. 2019**
Nature de la maladie : **Mise en charge**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A **Casa** le **12/11/18**
Durée d'utilisation 3 mois

ACCUEIL
Dr. BENCHAKROUNE
Ex: Enseignant
Prothèse du Implant
85, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tel/Fax: 05 22 23 19 65

Dr Mohamed BENCHAKROUNE

Chirurgien Dentiste

Enseignant Universitaire à la F.M.D.C

Spécialiste en

Prothèse - Prothèse Maxillo Faciale

Prothèse sur Implants - Pathologie Articulaire

الدكتور محمد بنشكرون

طبيب جراحي للأسنان

أستاذ جامعي بكلية طب الأسنان بالبيضاء

أخصائي في

التعويض - التعويض فوق المزدروعات

أمراض وآلام الفك

Casablanca, le 20 07 2019 في الدار البيضاء

Mme Barrane Khadija

FACTURE MUPRAS

NATURE DES TRAVAUX	N° DENT	COEFFICIENT	MONTANT
SOINS :			
Traitement Canalaire	37	D25	
Obturation	37	D10	1 000,00
Rx + Rx	37	D5 + D5	
Traitement Canalaire	26	D25	
Obturation	26	D10	1 000,00
Rx + Rx	26	D5+D5	
Traitement Canalaire	43	D10	
Obturation	43	D10	800,00
Rx + Rx	43	D5+D5	
Extraction	47	D10	400,00
Extraction	24	D10	400,00
Extraction	36	D10	400,00
TOTAL		D150	4 000,00
PROTHES :			
IC	22/26/34/43	D80x4=D320	2 000,00
CCM	43	D180	3 500,00
Bridge sur	22/23/24/25/26	D180x5=D900	17 500,00
Bridge sur	34/35/36/37	D180x4=D720	14 000,00
Stellite Bas	44/45/46/47	D120	3 000,00
Rajout dent	44/45/46/47	D15x4=D60	
TOTAL		D2300	40 000,00

Signature du Chirurgien Dentiste

Dr Benchakroune

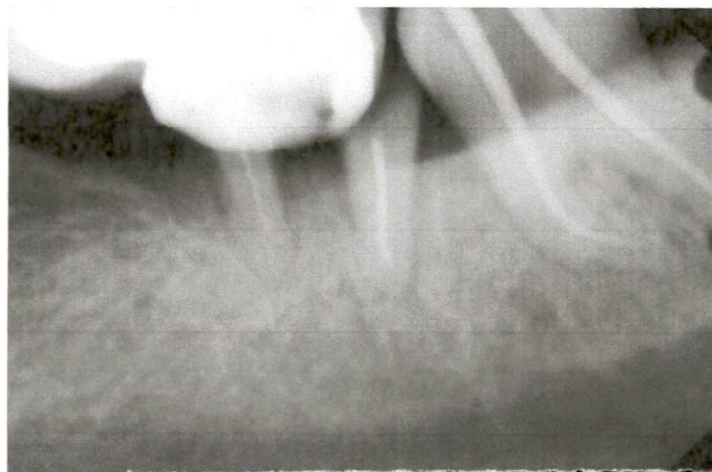
85, Bd Yacoub El Mansour (Angle Socrate)
Casablanca

Tél. : 05.22.23.19.66 : الهاتف
Tél./Fax : 05.22.99.08.33 : الهاتف/الفاكس
E-mail : bckdentiste@hotmail.com
I.N.P. : 094011418

85, شارع يعقوب المنصور (زاوية سقراط)
الدار البيضاء



43



⇒ 37