

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

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

phacie :

es vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

logie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

D

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 644706 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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : J

Le : 04/10/19

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| C.U Prost. (vois le RCP la plus utile) | | | |
|---|---|------------------|-------------|
| SOINS ET PROTHESES DENTAIRES | | | |
| <p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.</p> | | | |
| | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
| | 4 9 | ET | 110 |
| | 2 4 | ET | 110 |
| | 3 6 | ET | 110 |
| | 4 1 | TTG | 110 |
| | 4 3 | TTG | 110 |
| | 4 3 | 2 RX | 15 + 15 |
| | 3 7 | TTG | 125 |
| | 3 7 | 2 RX | 125 |
| | 3 7 | 2 RX | 15 + 15 |
| 4 6 | TTG | 125 | |
| 1 8 | 2 RX | 15 + 15 | |
| <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>Montant des soins</p> <p>Debut d'exécution 25/06/2018</p> <p>Fin d'exécution</p> <p>ICE : 00159700000</p> <p>Prise en charge</p> | | | |
| | <p>ODF PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> | | |
| | 26533412 | H | 21433552 |
| | 00000000 | | 00000000 |
| | D | G | |
| | 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | B | 11433553 | |
| <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>TC sur 22 + TC sur 16</p> <p>TC sur 34 (120 x 2) = 240</p> <p>TC sur 43</p> <p>Bridge (22 23 24 25 26) 500</p> <p>Bridge (24 25 26 37) 500</p> <p>Bridge (24 25 26 37) 500</p> <p>TC sur 43</p> | | | |
| <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS 12-11-</p> <p>DATE DE L'EXECUTION 20-7-</p> | | | |
| <p>Dr BENCHAKROUN</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>EC. Ensemble Universitaire</p> <p>Prothèse ou implants</p> <p>85, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca</p> <p>Tél/Fax: 05 22 23 19 66 - Tél: 05 22 20 99 22</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> <p>Dr BENCHAKROUN</p> <p>Enseignant Universitaire</p> <p>Prothèse ou implants</p> <p>85, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca</p> | | | |

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 courant 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 kinésithérapeute
- 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 contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

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

Ce 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.

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

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes abaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- 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 évenir 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



REC + REC

DATE DE DÉPÔT

18/12/04

AÉROPORT CASA ANEA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

mg n° tél
MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOINS 1565234

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : *SARKANE Hamid*

Matricule : *5140* Fonction : *chef d'école* Poste :

Adresse : *27 le boulevard Sidi Ali Cherif*

Tél. : *0622 44706* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Sarkane le 12/11/18*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *04 OCT. 2019*

Nature de la maladie : *maladie de la main*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : *prise d'ascenseur*

A : *cccc* le *12/11/18* DR. BENCHAKROUNE

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Ex: Enseignant / Médecin / Infirmier / Prothésiste / Implants

85, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Tel: 05 22 23 19 66 / Fax: 05 22 99 08 33

DR. BENCHAKROUNE

Enseignant / Médecin / Infirmier

Prothésiste / Implants

85, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Tel: 05 22 23 19 66 / Fax: 05 22 99 08 33

DR. BENCHAKROUNE

Enseignant / Médecin / Infirmier

Prothésiste / Implants

85, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Tel: 05 22 23 19 66 / Fax: 05 22 99 08 33

DR. BENCHAKROUNE

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 بنشررون

طبيب جراحي للأسنان

أستاذ جامعي بكلية طب الأسنان بالبيضاء

أخصائي في

التعويض - التعويض فوق المزدراعات

أمراض وألم الفك

Casablanca, le 20/07/2015 الدارالبيضاء، في

Mme Barrane Khadija

CE: 001597000000022

FACTURE MUPRAS

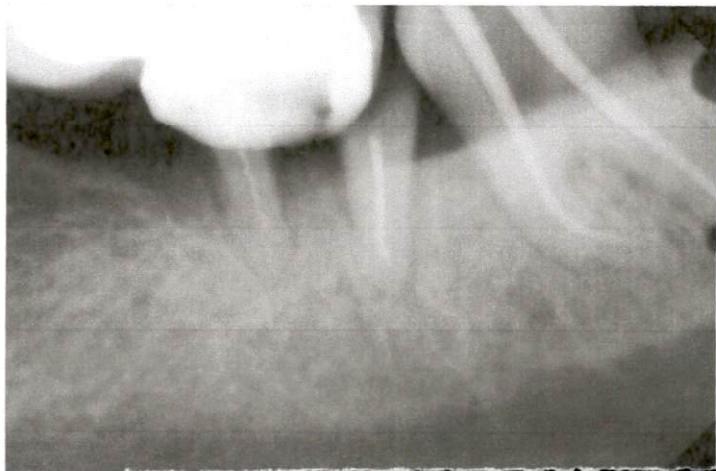
| NATURE DES TRAVAUX | N° DENT | COEFFICIENT | MONTANT |
|----------------------|----------------|-------------|-----------|
| SOINS : | | | |
| Traitement Canalaire | 37 | D25 | |
| Obturation | 37 | D10 | 1 000,00 |
| Rx + Rx | 37 | D5 + D5 | |
| Traitement Canalaire | 26 | D25 | |
| Obturation | 26 | 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 | |
| Rajout dent | 44/45/46/47 | D15x4=D60 | 3 000,00 |
| TOTAL | | D2300 | 40 000,00 |

Signature du Chirurgien Dentiste

Dr Benchakroune



→ 43



→ 37