

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 canaux, 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 canaux.

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

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

La 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° P19-0037078

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

DOS n° 8467

Matricule : 07364

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MENOUNY AMINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 266842

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zouhair A. EL
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue des Mars 2ème
étage Ag. Casablanca
Tel 0532 80 38 06

Date de consultation : 12 / 09 / 19

Nom et prénom du malade : MENOUNY RITA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : DDM

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037078

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 :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

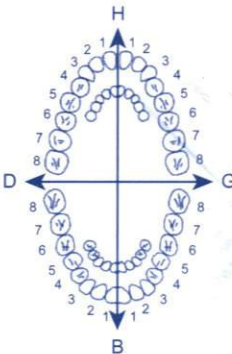
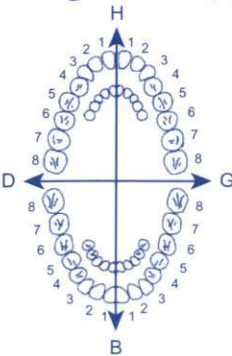
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 1er Semestre ODF 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433552 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession 4 Semestre			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D00"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="3009 000"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="le 12.09.20"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1er Semestre 0DF	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433559

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

4 Semesters

D 90

3000 mD

□ □ □ □ □

12.09.2020

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

7364

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 12-09-2019

Facture

Je soussigné avoir reçu de Monsieur
Hennouy Amine la somme de trois
mille dix-huit (3000,00 DH) pour
le 1er semestre ODF de l'enfant
Rita Hennouy.

QPR Dgo

25 OCT. 2019

Dr. Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2ème
étage Agg 5 Casablanca
Tel: 0522 80 58 06