

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040545

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12767

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TA Gemaout AMINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de maladie

N° P19- 040545

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
	16	Extraction D10	13	Montant des soins 5000,00 DH
	16	P.R.F.		
	16	BIO-oss		
Début d'exécution 22/04/19				Fin d'exécution 25/04/19
O.D.F. Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
Montant des soins Date du devis Fin de				

écrit du dentiste expliquant les soins effectués de la 16

CHERRADI EL FAJILI Hossia ne dina
 Docteur en chirurgie dentaire
 CES de prothèse totale
 CES de prothèse totale
 Apt. N° 7757 - 5/ Rue Mahmoud Timour
 Casablanca - Tél. : 05.22.22.15.45 - Casa

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

W18-403488

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12767	
Nom & Prénom		TAGEROUAT Amine	
Fonction		Chef de Depot	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age
Nature de la maladie		Date	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE Date 22/04/19 Montant de la facture 55,00			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires			



CHERRADI EL FADILI Hossame dine
Docteur en chirurgie dentaire

CES de prothèse scellée
CES de prothèse totale
D.U Anatomie Clinique
Occlusodontie
Parodontologie
Implantologie

Casablanca, le

22/04/2019

TAGEJOUTI ANOUA

55.00

ANOXIL 1g/5 (1)

le 7ème de R.V

CHERRADI EL FADILI Hossame dine
Docteur en Chirurgie Dentaire
CES de prothèse scellée
CES de prothèse Totale
Aut N° 7751 - 5, rue Mahmoud Timour
Qt. Gauthier - Tél.: 22.13.43 - Casa

PHARMACIE DE L'AIRPORT D'ANFA
Mme LAMMALI BRIGITTE
22 bis Bd. Mohammed VI
Tél. 38.00.36 - 38.00.38
Abderrahmane
Mansour - GASA

CHERRADI EL FADILI HOSSAME DINE

Docteur en chirurgie dentaire

CES de prothèse scellée

CES de prothèse totale

D.U Anatomie clinique

Parodontologie

Implantologie

Casablanca le, 25/04/2019

MADAME TAGEMOUATI AMINA

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous la facture correspondant aux soins qui vous ont été dispensés :

Date	Dents	Soins	Montant
25/04/2019	16	EXTRACTION	1000,00
25/04/2019		PRF	1500,00
25/04/2019		BIO-OSS	2500,00
TOTAL			5000,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE CINQ MILLE DIRHAMS
PAYEE

CHERRADI EL FADILI Hossame Dine
Docteur en chirurgie dentaire
CES de prothèse scellée
CES de prothèse totale
Apt. N° 7751 - 5, Rue Mahmoud Timour
Qt. Gauthier - Tél. : 05 22 22 13 43 - Casa

CHERRADI EL FADILI HOSSAME DINE

Docteur en chirurgie dentaire

CES de prothèse scellée

CES de prothèse totale

D.U Anatomie clinique

Parodontologie

Implantologie

me
12767

Casablanca le, 08/05/2019

MADAME TAGEMAOUTI AMINA

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous la facture correspondant aux soins qui vous ont été dispensés :

Date	Dents	Soins	Montant
26/01/2018		CONSULTATION	300,00
26/01/2018		BILAN RVG	1500,00
TOTAL			1800,00

