

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.

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.

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

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- 0040546

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-040546

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 :

Sms le 09/07/18


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES			
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez 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
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		
	H		
	D 25533412 21433552		
	00000000 00000000		
	35533411 11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-344791	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

		W18-344791	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12767	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		AMINA TAGEMOUATI	Signature de l'adhérent
Fonction :		Phones :	
Mail :			
MEDECIN		Prénom du patient AMINA TAGEMOUATI	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Recu le 07/08/18

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
H												
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<p>MURRAS (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>21 MARS 2013</p> <p>Accueil Siège/Ram Docteur EL BACHA CES CES Aut N° 7751 - 5, rue Mahmoud Timour Qt. Gauthier Tel. 22 13.43 - Casa</p>												



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

VV17-137480
 W17137480

DATE DE DEPOT
/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 12767

Nom & Prénom **AGEMOUATI Amine**

Fonction : **Chef de département** Phones. **05 22 499666**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age **25/11/1988** Date **17/02/2018**

Nature de la maladie **Sans dentaire**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

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 17/04/2018

✓ Cher Monsieur Amira

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous la note
d'honoraires correspondant aux soins suivants qui vous ont
été dispensés.

08/01/2018

Consultation 300,00

02/02/2018

Bilans PG 1500,00

Kantat BAR

U 5 Avril 2018
manque cliché ??

1800,00

17,000 HUIT CENT DIRAHS

Payé chèque

En votre aimable règlement

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