

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

- 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° W19-531137

181440

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12441 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Jibar Nassam

Date de naissance : 12-10-1984

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BELKHAYAT Kenza
3, Rue Biougra Quartier Val d'Anfa
Casablanca - ICE 002008214000058
TP 35631166 - IF 25066855
INP 094012523

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Jibar Sofia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : DDM

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° W19-531137

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 : 12441
Nom de l'adhérent(e) : Jibar Nassam
Total des frais engagés : 54900
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 94018523

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées
Nature des Soins
Coefficient

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
D
00000000 00000000
B
35533411 11433553

MONTANTS
DES SOINS

5400.00

Coefficient
DES TRAVAUX

190

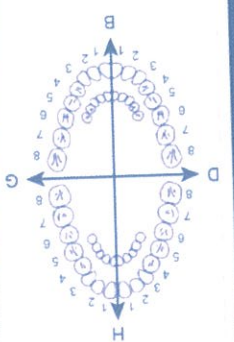
DATE DU
DEVIS

03/11/83

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR BELKHAÏ KENZA
3 Rue Biougra Quartier Val d'Anta
Casablanca - Tél 2008214000058
TP 35631166 - IF 25066855
N° 004012523



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Cachet et signature du Médecin
Montant détaillé
des Honoraires
Coefficient
Natures des Actes
Actes
INP : 94018523

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur
Date
Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

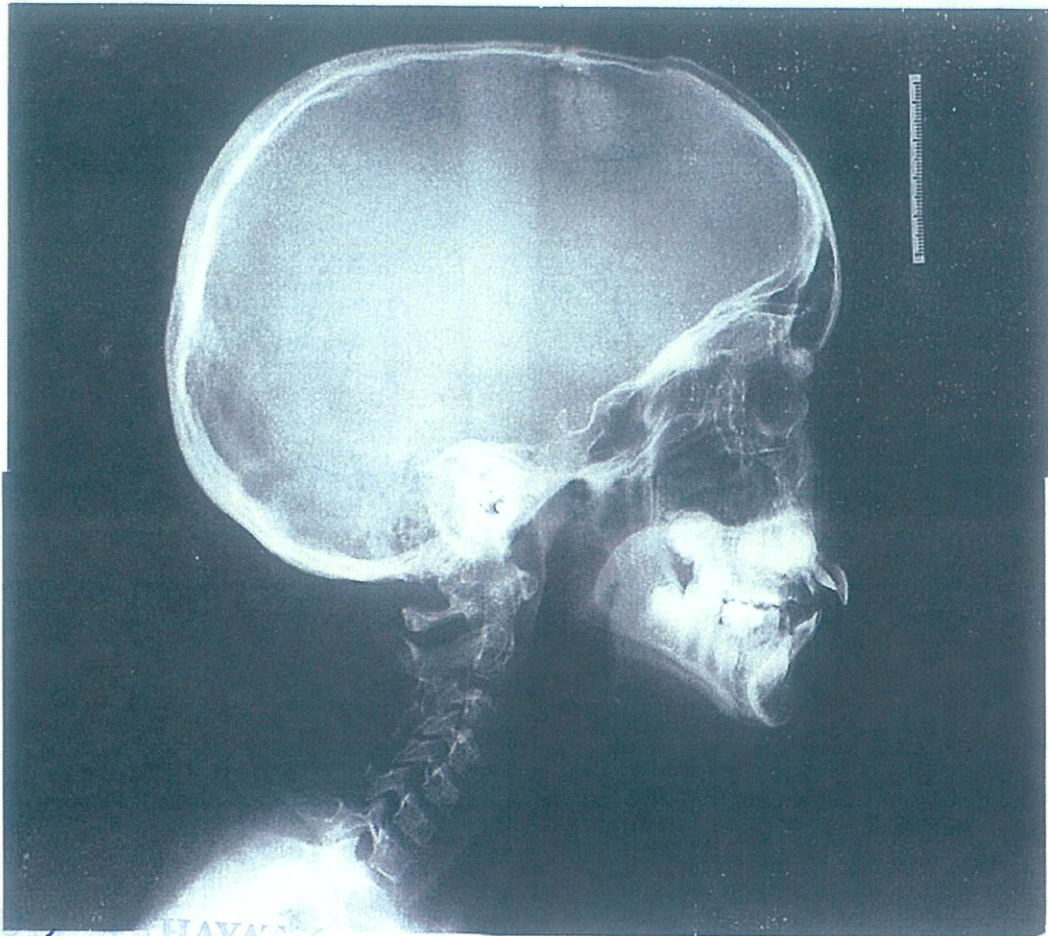
Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue
Date
Designation des
Coefficients
Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Particien
Date des Soins
AM
PC
IM
IV
Montant détaillé
des Honoraires

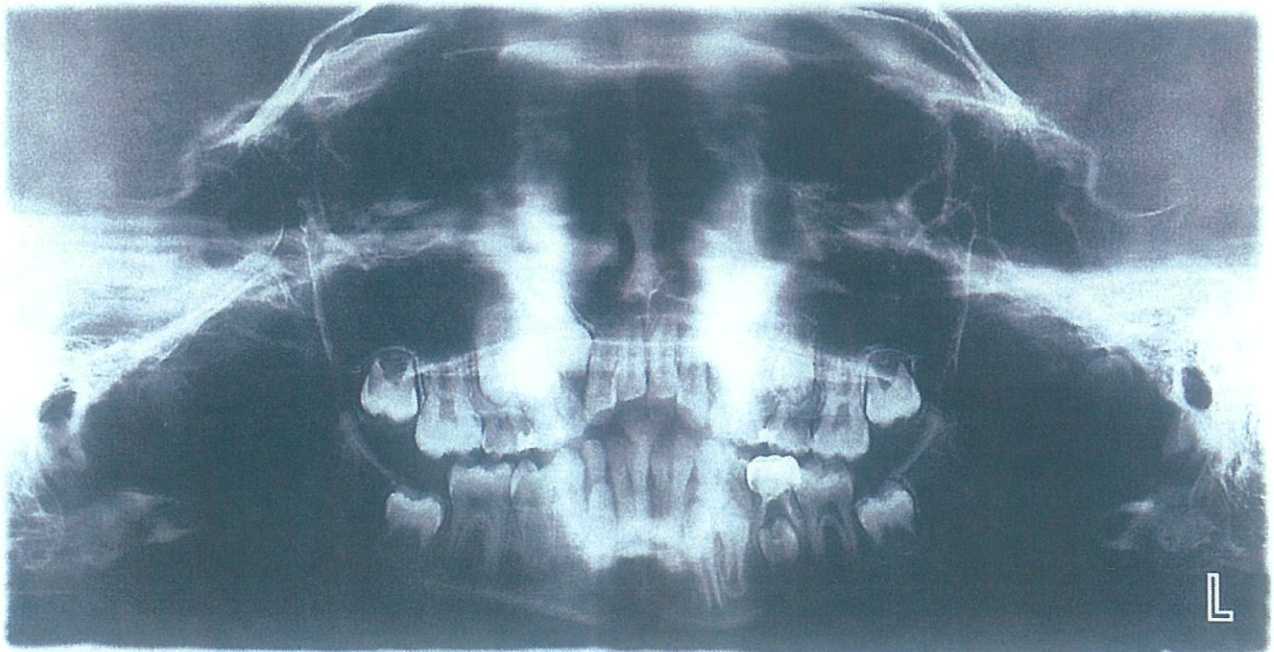
VOLET ADHERENT

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



BELKHAYAT Kenza
 3, Rue Biougra Quartier Val d'Anfa
 Casablanca - ICE 02500214000053
 TP 35631166 - IF 25066355
 INP 094012523

Dr BELKHAYAT Kenza
 3, Rue Biougra Quartier Val d'Anfa
 Casablanca - ICE 02500214000053
 TP 35631166 - IF 25066355
 INP 094012523



L