

TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

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

ND : 36598
Optique
A

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7272
Actif Pensionné(e) Autre:
Nom & Prénom : KHALIL ABOUFIRASSI

Date de naissance : 19-02-1967
Adresse : 144, Quartier Raymonde
Tél. : 066157172 Total des frais engagés : 200,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 29/01/2021
Nom et prénom du malade : Monfirass, Ahmed Reza Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Vireyni

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à Casablanca le 13 Août 2020
Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS
Centre Alali Ben Abdallah - Rème étage Andalucia Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdallah - Quartier de l'Houssine

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

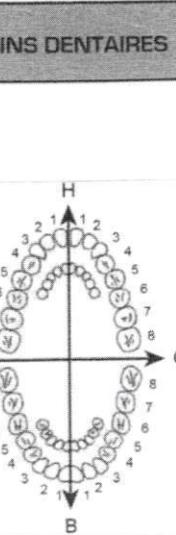
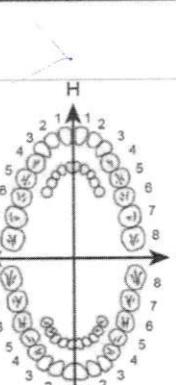
achet et signature du iratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES TRAVAUX ET MONTANT DES SOINS																				
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de la cavité buccale.</p>																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
			INP : <input type="text"/>																	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D		B	
		H		G																
		25533412	21433552	00000000	00000000															
		00000000	00000000	35533411	11433553															
D		B																		
(Création, remont, adjonction)																				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				