

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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mu



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

Déclaration de Maladie

M23-000016

159066

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ANANE ABDELMAJID

Date de naissance : 26-2-62

Adresse :

Tél : 0665 64 87 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOURAD SEBBAR
CHIRURGIEN DENTISTE
CENTRAL PARK Bld. Abdelmoumen
Imm. M 1er Etage N° 7
Mohammed VI
Tél : 05 22 31 12 68

Date de consultation : 24/04/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Soins dentaires

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mourad SERHAN CHIRURGIEN DENTISTE CENTRAL PARK Bd. Abdelmoumen Imm. N° 1er Etage N° 7 Mohammed VI Tél: 05 23 11 11 18	27/04/2023	Radiologie panoramique	215 300ds

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

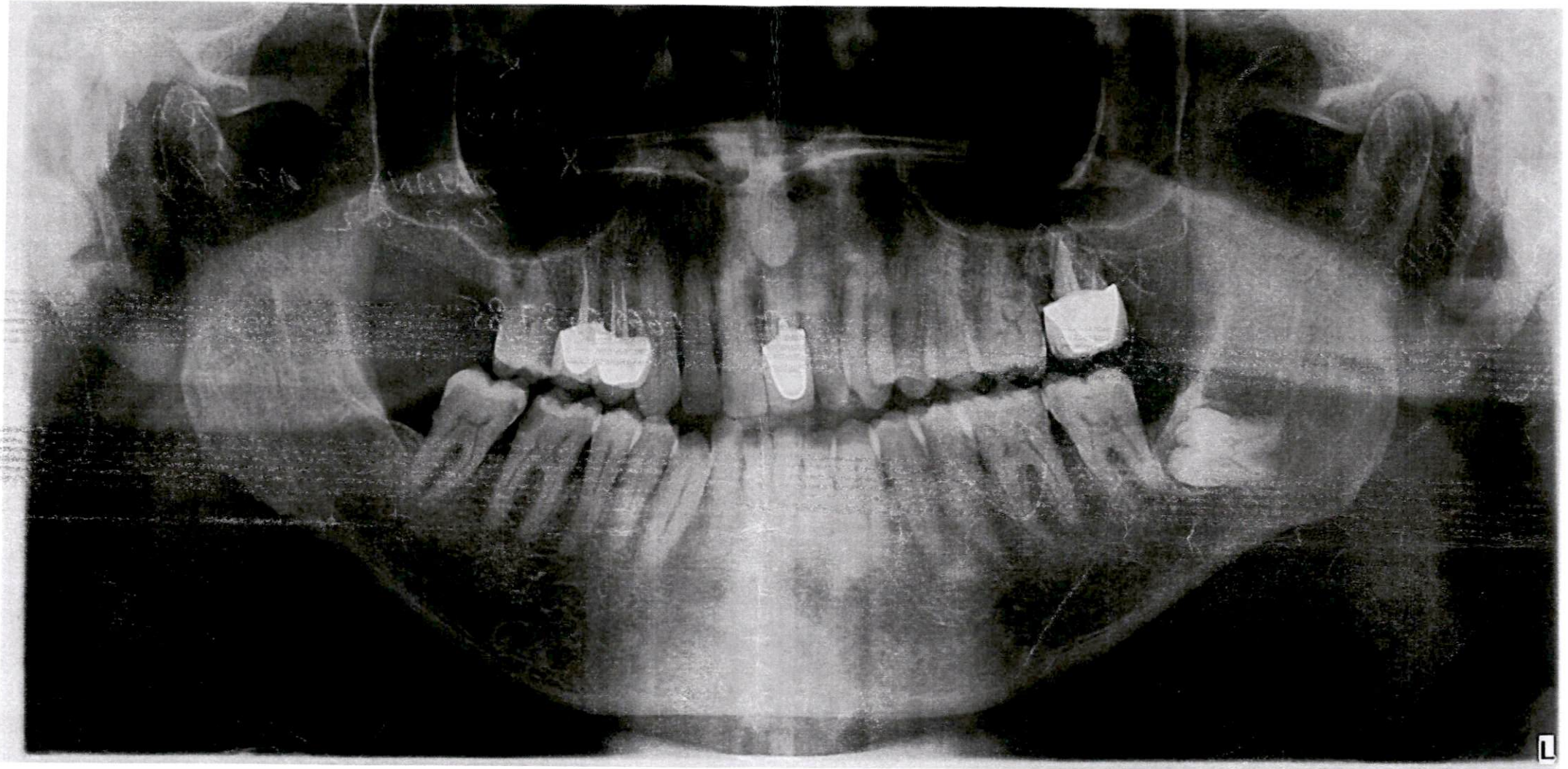
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
	94/04/2023	détartrage (1 ^{re} séance)	D39											
	26/04/2023	détartrage (2 ^{ème} séance)	D12											
	27/04/2023	Composite (34)	D46											
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION											

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Mourad SEBBAR
CHIRURGIEN DENTISTE
CENTRAL PARK Bd. Abdelmoumer
Imm. N° 1er Etage N° 7
Mohammadia
Tél: 05 23 31 15 68



CliniqueDentaire
Sebbar

www.cliniquedentairesebbar.com

- 📍 Central Park, Bd Abdelmoumen
Imm M, 1^{er} étage N° 7, Mohammedia
- ☎ 05 23 31 15 68 - 05 23 30 46 35
- 📞 07 77 84 85 45
- ✉ info@cliniquedentairesebbar.com

Mohammedia le 27/04/2023

PATIENT (E): ANANE ABDELMJID

EXAMEN (S): REALISE (S): Radio panoramique

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

- Lyse osseuse moyenne généralisée.
- 38 en position inclus .
- Les fonds des sinus maxillaire sont libres.
- Aspect radiologique normal des A.T.M.

Cachet et signature

Dr. Mourad SEBBAR
CHIRURGIEN DENTISTE
CENTRAL PARK Bd. Abdelmoumen
Imm. M 1^{er} Etage N° 7
Mohammedia
Tél: 05 23 31 15 68



CliniqueDentaire
Sebbar

www.cliniquedentairesebbar.com

- 📍 Central Park, Bd Abdelmoumen
Imm M, 1^{er} étage N° 7, Mohammedia
- 📞 05 23 31 15 68 - 05 23 30 46 35
- 📞 07 77 84 85 45
- ✉ info@cliniquedentairesebbar.com

Mohammedia le 27/04/2023

Patient (e) : ANANE ABDELMJID

Note d'honoraires 95/23

Je soussigné **Dr SEBBAR Mourad** certifie avoir reçu la somme de **1700dhs** (mille sept cent cents dirhams) *et ce pour les actes suivants.*

- 24/04/2023 : *détartrage (1^{er} séance).*
- 26/04/2023 : *détartrage (2^{eme} séance).*
- 27/04/2023 : *Radio panoramique.*
- 27/04/2023 : *composite sur la 46.*
- Celle-ci est délivrée à l'intéressé (e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

Cachet et signature

ICE : 002068020000055

IF : 18756577

INPE : 094183662

Dr. Mourad SEBBAR
CHIRURGIEN DENTISTE
CENTRAL PARK Bd. Abdelmoumen
Imm. M 1er Etage N° 7
Mohammedia
Tél: 05 23 31 15 68