

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0035954

159323

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01190 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MALAL Mohamed Fadel
 Date de naissance : 17-08-1947
 Adresse : Lotissement El Mezah Villa n° 3 -
 Au Diable Casablanca
 Tél. : 0661 105 408 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. WAFDI ABDELHAKIM
CHIRURGIEN DENTISTE
2, RUE ABDELLAH RAJII
(EX RUE DES PYRENEES) MAARIF
CASABLANCA - Tél. : 05 22 25 52 28
 Date de consultation : 14 / 02 / 2023
 Nom et prénom du malade : MALAL M^{me} FADIL Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prothèses dentaires
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 2023
 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 : 14 / 02 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

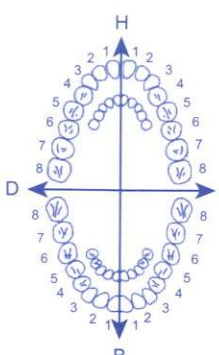
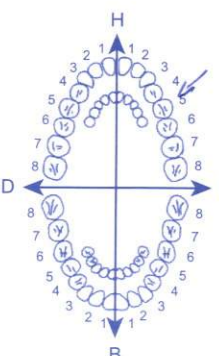
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; text-align: center;">D20</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; text-align: center;">700,.</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; text-align: center;">13.2.23</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; text-align: center;">14.2.23</div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	Adjonction de la 25			
	sur stellite du haut			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DR. WAFDI ABDELHAKIM
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
CHIRURGIEN DENTAIRE
 2, RUE ABDELLAH RAJII
 (EX RUE DES PYRENEES) MAARIF
 CASABLANCA - TEL : 05 22 25 52 28

Important :
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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H			
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Adjonction de la 25

sur stellite lu naut

COEFFICIENT DES TRAVAUX

020

MONTANTS DES SOINS

700.

DATE DU DEVIS

13.2.23

DATE DE L'EXECUTION

14.2.23

Dr. WAFDI ABDELHAKIM
VISA ET TACHE D'ILLUSTRATION AETERNA ET EXECUTION
CHIRURGIE DENTISTE
2, RUE ABDELLAH RAJII
(EX RUE DES PYRENEES) MAARIF
CASABLANCA - Tél : 05 22 25 52 28

Docteur Abdelhakim Wafdi

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé de la faculté
de Chirurgie Dentaire
De Reims - FRANCE

الدكتور عبد الحكيم وافدي

طبيب جراحي للأسنان
خريج كلية طب الأسنان
برانس فرنسا

Casablanca, le 14.03.2023 في الدار البيضاء.

Dr. MALAL. Met. FADIL

Adjonction de la 25 sur stellite du haut
Dro montant. 700,-

Dr. WAFDI ABDELHAKIM
CHIRURGIEN DENTISTE
2, RUE ABDELLAH RAJII
(EX RUE DES PYRENEES) MAÂRIF
CASABLANCA - Tél.: 05 22 25 52 28

IF. 40708398

PATIENTE. 35703495

ICE. 001961685000094

IF. 094012432