

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 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'El Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie
M23-010919

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 697 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FATAH NAÏMA
Date de naissance :
Adresse : 164435
Tél. : 0602547605 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 :
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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
	02/06/23	215	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

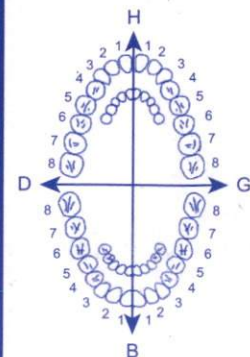
Important :

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

216/23 consultation CS



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

Gratuite

DEBUT D'EXECUTION

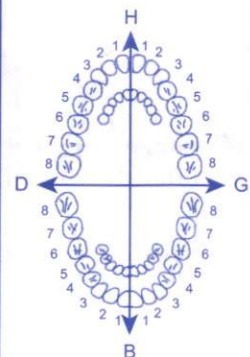
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE RADIOLOGIE RYANE

Dr. LEBBAR Khalil

Bd Baamrani AIN SEBAA Tél:0522768112

IF 40494831 ICE:001667575000062

F A C T U R E

N° : 306021042


Du : 02/06/2023

Nom patient : **Mme FETTAH NAIMA**

Médecin prescripteur ; DrSANAË LAAMIRI

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
PANORAMIQUE DENTAIRE	20	200,00
Total		200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DIRHAMS


CENTRE DE RADIOLOGIE
RYANE
Dr. Mohamed Baamrani
Bd Baamrani AIN SEBAA - Casablanca
Tél: 0522768112



Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radiodiagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

CASABLANCA LE : 02/06/2023

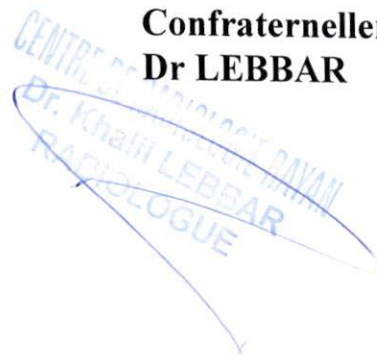
NOM ET PRENOM
PRESCRIPTEUR

Mme FETTAH NAIMA
Dr. SANAE LAAMIRI

RX PANORAMIQUE DENTAIRE

Absence de lésion osseuse focale.
Intégrité du canal dentaire.
ATM en place, d'aspect normal.
Clarté normale du fond des sinus maxillaires.

Confraternellement.
Dr LEBBAR



- **I.R.M 1,5 Tesla**
 - ~ Corps entier
- **Scanner 64 barrettes 3D**
 - ~ Angioscanner
 - ~ Biopsie Scanoguidée
 - ~ Arthroscanner
 - ~ Dentascanner
 - ~ Coloscanner
 - ~ Enteroscanner
- **Radiologie Numérisée**
- **Echographie**
 - ~ Doppler Vasculaire Artériel et Veineux
- **Mammographie - Tomosynthèse**
 - ~ Repérage stéréotaxique
- **Panoramique dentaire**
- **Osteodensitometrie.**

CABINET DENTAIRE SPÉCIALISÉ
LAAMIRI

Docteur Siham LAAMIRI

CHIRURGIEN DENTISTE

Lauréat de la Faculté de Médecine
Dentaire - Casablanca

Ex-Attachée au centre de consultation
et de traitement Dentaire - Casablanca



عيادة طب الأسنان متخصصة
لعميري

الدكتورة سهام لعميري
طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان - الدار البيضاء

ملحقة سابقة بمركز فحص وعلاج الأسنان

الدار البيضاء

Casablanca, le : 1-6-23

Dr. Fethah Nania

Dr. Rachid Benoussige

Dr. LAAMIRI Siham
Chirurgien Dentiste
Ag. Rue 1 et Rue 5, N° 17 1^{er} Étage
N° 17 - El Fida - Casablanca
Tél: 0522 82 85 29

CENTRE DE RADIOLOGIE D'AVANCE
Dr. Khalil LEBBAR
RADIOLOGUE

شارع الفداء، درب الفقراء، زاوية زنقة 1 أو زنقة 5، رقم 17 الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 82 85 29 - المحمول: 07 67 89 66 91

Bd. El Fida, Derb Fokara Angle Rue 1 et Rue 5, N° 17 1^{er} Étage - Casablanca - Tél. : 05 22 82 85 29 - Gsm : 07 67 89 66 91

E-mail : drlaamirisiham@gmail.com : البريد الإلكتروني