

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-804677

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1658 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NAHEDY MUSTAFA
 Date de naissance : 01-01-51
 Adresse : La M
 Tél. : 0664 170 732 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/05/2023
 Nom et prénom du malade : Bagellam Soumaya Age : 68
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Caries multiples
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 09 JUIN 2023

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 Signature de l'adhérent(e) : Nahedy Le : 29 / 6 / 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094189882	
	26	Composite	250	COEFFICIENT DES TRAVAUX 2174	
	37	Composite	250		
	35	Composite	250	MONTANTS DES SOINS 2400,00	
	12	Débartage Polissage	212		
				212	DEBUT D'EXECUTION 16/05/2023
				FIN D'EXECUTION 03/06/2023	
Dr. BENJELLOUN SAAD Chirurgien Dentiste 24, Rue 6, Dar El Fokara 1 ^{er} Etage - Casablanca					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 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	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	
Dr. BENJELLOUN SAAD Chirurgien Dentiste 24, Rue 6, Dar El Fokara 1 ^{er} Etage - Casablanca					

Centre Dentaire
Dr. Benjelloun Saad
Médecin Dentiste



Dr. Saad Benjelloun
CHIRURGIEN DENTISTE

مركز طب الأسنان
الدكتور ابن جلون سعد
طبيب اسنان

Facture N°: 905 / 2023

Dr. BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Derb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca

Je soussigné, Certifié envoi reçu Monsieur

M. Benjelloun Pour:

Soumaga

- ☒ Soins
- ☐ Prothèse
- ☐ ODF
- ☐ Implant

Dont le travail est achevé à la date du: 08 / 06 / 2023

et dont le montant est arrêté à la somme de: 2100,00 /

Deux mille quatre cent dix euros

BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 00841176

Dr. BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Derb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca