

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'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

M22- N° 004453
A 69846

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

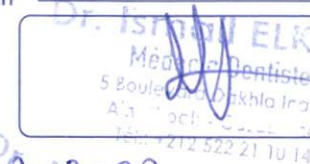
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Houei Abderrahmane
 Date de naissance : 01/01/1946
 Adresse : 90, Résidence Nour Amira
 My. Abdellah / El Jachida
 Tél. : 06 22 83 51 32 Total des frais engagés : 182,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/07/2023
 Nom et prénom du malade : Houei ABDERRAHMANE Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Caries 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/07/2023

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
Pharmacie OULAD BOUAZIZ BENSIANE HOUDA Dentiste Avenue Mohamed V Centre Moulay Abdellah Tel: 05 23 34 89 92	11/07/23	16210

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

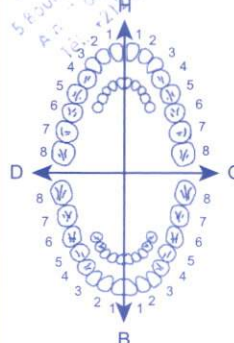
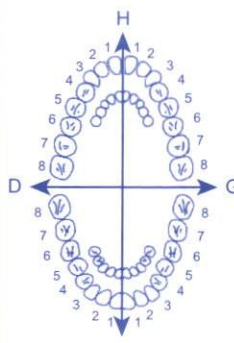
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	1	consultation Dno	CEEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D no"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="0.0"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="11/07/2023"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="11/07/2023"/>												
	2	scantib													
	3														
	4														
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU CEEFFICIENT 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
															
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



**INARA
DENTAL
CENTER**

Dr. ISMAIL EL KHAL

- Doctorat en médecine dentaire Casablanca, Maroc.
- Certificat en orthodontie Casablanca, Maroc.
- AEU mention parodontologie, Toulouse, France.
- AEU de radiologie dentaire et maxillo-faciale, Toulouse, France.

ORDONNANCE

Casablanca, le 11/07/2023

Mr. /Mme. : HOURI ABDERRAHMANE .

- 55,2
75,8
15,8
162,1
- 1- **AMOXIL 1g**
1 Cp 2*/j pdt 6j
 - 2- **BISPIRAZOLE Cp**
1 Cp 3*/j pdt 7 jours
 - 3- **DOLIPRANE 1g (2 boîtes)**
1 Cp 3*/j pdt 3j

Pharmacie OULAD BOUAZIZ
BENSLIMANE HOUIDA
Centre Médical Abdelhak
Avenue Mohammed VI
Tél: 06 23 34 89 82

Dr. ELKHAL ISMAIL

Dr. ISMAIL ELKHAL
Médecin Dentiste
5 Boulevard Dakhla Inara 1
Ain Chock Casablanca
Tél: +212 522 21 10 14

Ce médicament

بعد تناول ومرارى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 103,60 DH
LOT: 644924
PER: 04/22

A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV 103,60 DH
LOT 644924
PER 04/22
15,80

PPV 103,60 DH
LOT 644924
PER 04/22
S 2

PPV 75DH50
PER 01/25
LOT M336