

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

- Reclamation : 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'I
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

M23-014131

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M92

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JAYED ZOURIDA

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0668744712

Total des frais engagés : 72590

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 04 40-0663 09 54 71

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30.05.2023

Nom et prénom du malade : JAYED ZOURIDA

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 : 30 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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 Pharmacieur Date Montant de la Facture

HARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A.U.
140 Lot Smirakda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

20/05/23

125,30 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

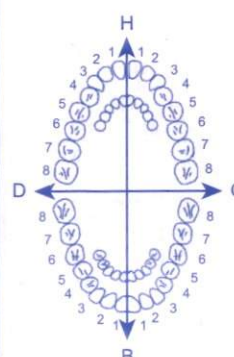
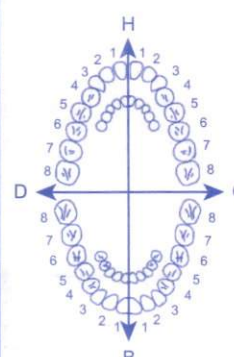
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
		Débridage D12																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 24 40-0660 05 54 74

Dr Mohammed EDDAIF

Spécialiste en chirurgie buccale et en implantologie

Ancien médecin interne du CHU IBN ROCHD

Diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale (Université Paris VII)

D.U d'implantologie chirurgicale et prothétique (Université Paris VII)

D.I.U pathologie de la muqueuse buccale (Université Paris VI)

C.E.S en chirurgie buccale (Université Paris VII)

C.E.S en prothèse fixée (Université Paris V)

Casablanca, le 30 mai 2023

ORDONNANCE

Mme JAYED ZOUBIDA

55/10
1. CLAMOXIL 1g (Comprimés)

1 comprimé deux fois par jour pendant 6 jours. A commencer la veille de l'intervention.

48.70
2. SOLUPRED 20mg (Comprimés)

3 comprimés, en une seule prise, le matin pendant 5 jours. A commencer de l'intervention.

28.10
3. CODOLIPRANE (Comprimés)

2 comprimés 3 fois par jour, pendant 3 jours. A commencer après l'intervention.

125/30
4. PERIO-AID (Bain de bouche)

En rinçage buccal, 3 fois par jour, pendant 10 jours. A commencer lendemain de L'intervention.

PPV : 55,00 DH
LOT : 650762
PER : 09/24

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.N.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH
6 118000 060536

22.20
PPV: 22,20 DH
PER: 01/25
LOT: M146

PHARMACIE SARANAZ
SARANAZ
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr Mohammed EDDAIF

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
140, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 94 40-0663 09 54 71

Dr Mohammed EDDAIF

Spécialiste en chirurgie buccale et en implantologie

Ancien médecin interne du CHU IBN ROCHD

Diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale (Université Paris VII)

D.U d'implantologie chirurgicale et prothétique (Université Paris VII)

D.I.U pathologie de la muqueuse buccale (Université Paris VI)

C.E.S en chirurgie buccale (Université Paris VII)

C.E.S en prothèse fixée (Université Paris V)

Casablanca, le 30 mai 2023

Note d'honoraire N° : 239 - 2023

Patient : JAYED ZOUBIDA

Date(s)	Libellé des actes de la nomenclature	Dents	Honoraires
30/05/2023	Détartrage		600,00 DH
Total du traitement			600,00 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de six cents Dirham

Signature

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien-Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 04 40-0663 09 54

ME DENTAL CLINIC. 240Bd IBNOU SINA. Casablanca. Tel : 06.63.09.54.71 - 06.63.09.54.71

ICE: 002146690000071 / INPE: 094177235 / IF: 40436249