

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~~ 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.

Bééducation :

- 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



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

172589

Déclaration de Maladie : № S19-0005445

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>11445</u> | Société : <u>R.D.M.</u> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <u>SAMANI HICHAM</u> | Date de naissance : <u>18/07/77</u> | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : <u>0660 016803</u> | Total des frais engagés : | Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Dr. SERRHINI Imane Chirurgien Dentiste Orthodontiste 28 Rue Jam Rabii Résid. Souad Centre des Mines Hay Hassani</p> </div> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; transform: rotate(-45deg); font-size: small;"> </div> | | |
| Date de consultation : <u>10/08/23</u> | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>SAMANI HICHAM</u> | Age : <u></u> | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : <u>visite dentaire</u> | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u> | | | |
| 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 : 23/08/23 CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE 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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

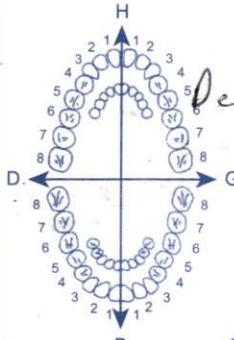
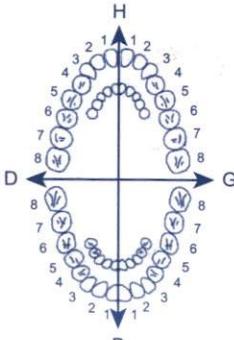
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------|---|----------|---|----------|---|----------|---|----------|
|  | Dent 10 8 Seances Dent 10 | Orthodontie Prost. Resid. Souad Service des Mines Hay Hassani | D10 X2 | | | | | | | | |
|  | [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | DETERRINI Imane | 500,00 | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 21433552 | D | 00000000 | B | 00000000 | G | 11433553 |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | | | | | | | | | | |
| G | 11433553 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |

Dr. DETERRINI Imane
Orthodontie
26, Boulevard de la Service des Mines Hay Hassani
Tunis 1005 0522 89400

Dr. Imane SERRHINI

SERRHINI DENTAL CENTER
ESTHÉTIQUE ET ORTHODONTIE



Esthétique du visage | Orthodontie | Facettes
Prothèse | Blanchiment | Chirurgie | Implantologie

دكتورة إيمان سرغيني
مركز سرغيني للأسنان
تجهيز وجراحة الأسنان

تقديم | تقويم | تبييض | جراحة | زرع الأسنان
عدسات الأسنان

Casablanca le : 10/08/23

Facture SANAM Hichem

Dentaires (2 séances)

Facture annulée au 19
avril 2023

Dr. SERRHINI Iman
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28 Bd. Oum Rabi'ii Résid. Souad
Sous au Service des Minal - Tel: 05 22 79 22 00