

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

M22- 0048028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7722 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : WARDINE Fatima

Date de naissance : 21-12-62

Adresse : N° 62, Impasse Rue Ennassrine, 3ème étage
Hay Errabia, Casablanca, MAROC

Tél. : 0667 42 24 63 Total des frais engagés : # 49.600 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MAMDOUHE Karim
1, Angle Rue Moussa Bnou Noussair
et Rue Saoua B N° 10 Gauthier
Tél: 0522 27 55 74 - 0612 24 04 96

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 / 21 / 23

Nom et prénom du malade : WARDINE FATIMA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Sin et 1 Dubas

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 : 25 / 08 / 2023

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

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 :

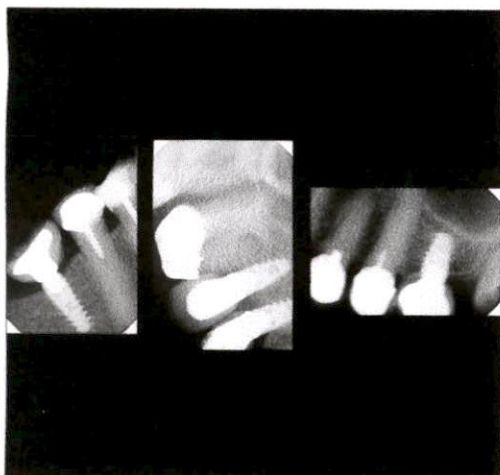
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	27	Extr.	DAS	COEFFICIENT DES TRAVAUX DAS + 4 IMP =														
	26	IMP + Pili	N		MONTANTS DES SOINS #28600,00#													
	14	IMP + Pili	N															
	15	IMP + Pili	N															
	46	IMP + Pili	N															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX D8no.														
<table border="1"> <tr><td>CCN 24</td><td>(D120)</td></tr> <tr><td>CCN 25</td><td>(D120)</td></tr> <tr><td>CCN 16</td><td>(D120)</td></tr> <tr><td>CCN 26</td><td>(D120)</td></tr> <tr><td>CCN 14</td><td>(D120)</td></tr> <tr><td>CCN 15</td><td>(D120)</td></tr> <tr><td>CCN 46</td><td>(D120)</td></tr> </table>				CCN 24	(D120)	CCN 25	(D120)	CCN 16	(D120)	CCN 26	(D120)	CCN 14	(D120)	CCN 15	(D120)	CCN 46	(D120)	MONTANTS DES SOINS #21000,00#
CCN 24	(D120)																	
CCN 25	(D120)																	
CCN 16	(D120)																	
CCN 26	(D120)																	
CCN 14	(D120)																	
CCN 15	(D120)																	
CCN 46	(D120)																	
DATE DU DEVIS 10.2.23				DATE DE L'EXECUTION 24.08.23														
Dr. MAMDOUHE Karim 1, Angle Rue Moussa Saou Nohair et Rue Maurice Gauthier Tél: 0522 27 55 74 - 0612 24 04 96				Dr. MAMDOUHE Karim 1, Angle Rue Moussa Saou Nohair et Rue Maurice Gauthier Tél: 0522 27 55 74 - 0612 24 04 96														

Dr karim MAMDOUHE
Chirurgien dentiste / Implantologie orale.

Site web : implant-dentiste.com
Tél : 0522 27 55 74 - 0529 95 94 95.

wardine Fatiha
Date de naissance: 30/12/1961



(Signature)
Dr. MAMDOUHE Karim
Chirurgien dentiste / Implantologie orale
Cabinet de Dr Karim Mamdouhe
N° 10 Gauthier
0522 27 55 74 - 0612 24 04 95



Casablanca Le : 21/08/2023

Facture N° : 0006/2023

Dr Karim MAMDOUHE.

B10, 1 Rue Moussa Ben Noussair, Casablanca
20060

Patient : Mme Fatiha WARDINE

DATE	DESCRIPTION	PRIX
22/08/2023	Extraction d'une dent permanente Code : D713 Lettre clé : D Cotation : 10 Valeur clé : 17.5	600.00
22/08/2023	Couronne céramo-métallique Code : D755 Lettre clé : D Cotation : 180 Valeur clé : 12.5	21,000.00
22/08/2023	Implant , Piliers Code : D01 Lettre clé : D Valeur clé : 17.5	28,000.00

Total : 49,600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de **quarante-neuf mille six cents dirhams.**

Dr. MAMDOUHE Karim
1, Angle Rue Moussa Ben Noussair
et Rue 20060 Casablanca
Tél: 0522 215574 - 06 724 94 95

B10, 1 Rue Moussa Ben Noussair, Casablanca 20060

Téléphone : **+212522275574** | E-mail : **cabinetdrmamdouhe@gmail.com**