

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 Étage 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- 0052673

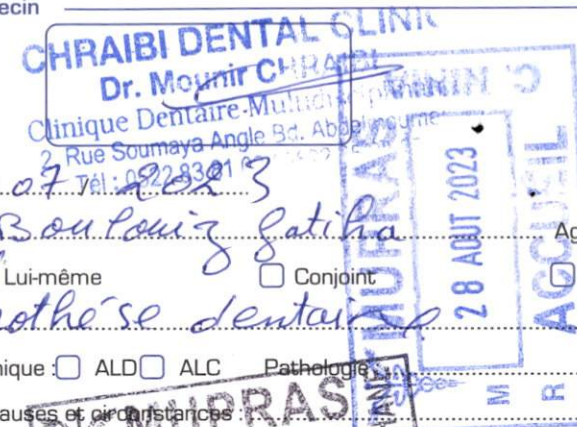
☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4636 Société : R-A-M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bouhaz FATHA ACC
 Date de naissance : 14/10/56
 Adresse : 273 B3 Ben Anzaren, Résidence RIBIT
 Tél. : 0661210574 Total des frais engagés : 4500,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/2023
 Nom et prénom du malade : Bouhaz Fatima Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prothèse dentaire
 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 21/07/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

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

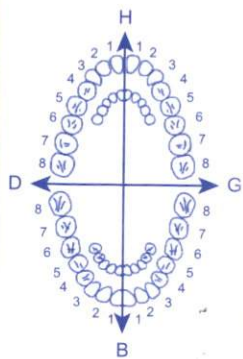
[illegible]


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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td rowspan="4">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H			25533412	21433552	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D200"/>
	H																
	25533412	21433552	G														
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel; Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="45000H"/>															
	Création sur CCC 25	DATE DU DEVIS <input type="text" value="21/7/23"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="23/08/23"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Mounir CHRAIBI

Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

CHRAIBI DENTAL CLINIC

Dr. Mounir CHRAIBI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Dentaire Multidisciplinaire

2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen

Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

Dr. Mounir CHRAÏBI
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87



**CHRAIBI
DENTAL CLINIC**
BY DR Mounir CHRAIBI

ICE : 0016361000061

IF : 40192673

INPE : 094178563

LE 23/08/2023

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné **DR CHRAIBI MOUNIR**, atteste par la présente avoir reçu le/la patient(e) : **MME BOULOUIZ FATIHA**

ACTES : CCM 25

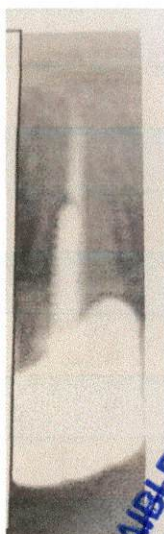
COEFFICIENT : D180

Le montant total de la présente note s'élève à :

QUATRE MILLE CINQ CENT DIRHAMS (4500, 00 DHS) .

PAYE

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87



Mme BOULOUIZ
TAFIHA RVG DE
LA 25

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Ang. Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 83 87 03 / 0522 25 28 87

N° Dossier: 171277
N° Dossier externe: ACC-04636-09/08/2023
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: BOULOUIZ FATIHA
Situation: En attente
Sous-situation: ---
Date de début: 09-08-2023
Date de fin:
Date de saisie: 09-08-2023
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
11-08-2023	Manuel	ACC D180 CCM 25 S/R RX APRES DR MOUNIR CHRAIBI



MME BOULOUIZ FATIHA RVC

25

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mouhamed CHRAIBI

Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tel : 0522 83 81 03 / 0522 25 24 27