

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'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- 0057046

171878

Autres

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4636

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOULOUZ FATIMA

Date de naissance : 14/10/56

Adresse : 273 Bd Ben Amrane, Résidence R.B.H.

Tél. : 0661210574 Total des frais engagés : 4502,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/7/23

Nom et prénom du malade : Boulouz Fatima

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

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

Signature de l'adhérent(e) : 14/07/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tél : 05 22 83 81 93 / 05 22 25 28 87

C. NINIA
29 AOÛT 2023
ACCUEIL

MUPRAS
09 AOÛT 2023
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 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

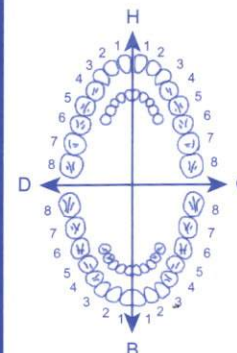
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

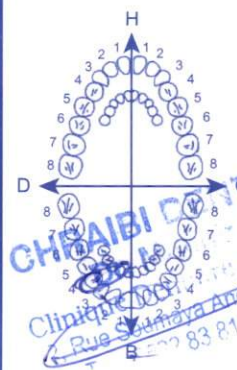
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

CHRAIBI DENTAL CLINIC

Dr. Mounir CHRAIBI

Clinique Dentaire Multidisciplinaire

2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmouneim

Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

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 44

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 Ang. Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 63 81 09 / 0522 25 28 87



Mme BOULOUIZ
TAFIHA RVG DE
LA 44

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI

Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Ang. Bd Abdelmoumen
Tel : 0522 83 81 03 / 0522 28 28 87

N° Dossier: 171278
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: 09-08-2023
Date de saisie: 09-08-2023
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
11-08-2023	Manuel	ACC D180 CCM 44 S/R RX APRES DR MOUNIR CHRAIBI



**BOULOUIZA FATIHA
RVG 44**

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, rue Soumaya ang. Bd Abdelmoumen
Tel : 0522 63 81 03 / 0522 25 28 87