

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 d'El Ghazal - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-633368

173235

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05126

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MENNI Brahim

Date de naissance : 01-01-1961

Adresse : 2 Place Antonin Froidure 31200

Toulouse

Tél. : 00216 610948670

Total des frais engagés : 300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DE ALI BATRAS
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
181, Bd. Abdelmoumen
Résidence Yamama "C" - Casablanca
Tél : 05 22 20 90 70

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/08/2023

Nom et prénom du malade : Mr MENNI Brahim

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Sinus Dentaire

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 : 22/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Aut orisation CNDP N° A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible][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 :

Veillez 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												
		Debruyage	12												
		1 - fin													
		Debruyage	12												
		2 - fin													
		Polissage	12												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	B														
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

INP: 09 40 14 735
 ICE: 001699048000011
 I.F: 36363604

COEFFICIENT DES TRAVAUX	D36
MONTANTS DES SOINS	900,-
DEBUT D'EXECUTION	15/08/23
FIN D'EXECUTION	22/08/23

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	B													
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

COEFFICIENT DES TRAVAUX
 MONTANTS DES SOINS
 DATE DU DEVIS
 DATE DE L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

181, Bd. Abdelmoumen
 Résidence Yamama "C" - Casablanca
 Tél: 05 22 20 90 70

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

181, Bd. Abdelmoumen
Résidence Yamama "C" - Casablanca
Tél: 05 22 20 90 70

Docteur Ali BATRAS

Chirurgien Dentiste



الدكتور علي بطرس
طبيب جراح للأسنان

Diplôme Universitaire en endodontie
et dentisterie restauratrice
Diplôme en orthodontie par CISCO paris-france
Attestation post-Universitaire en troubles
Cranio - mandibulaires et posturaux Verone-italie
Attestation post Universitaire en implantologie
Chirurgicale et prothétique
Attestation post Universitaire en parodontologie clinique
Master en systeme DAMON (Madrid - Espagne)

دبلوم جامعي في طب الأسنان
الباطي والإحتفاظي
دبلوم في تقويم إعوجاج الأسنان باريس - فرنسا
شهادة جامعية في أمراض الفك فيرون - إيطاليا
شهادة جامعية في أمراض
اللثة وغرس الأسنان

Casablanca, le 22/08/2013

Facture

Je soussigné

Dr. ALI BATRAS
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
181, Bd. Abdelmoumen
Résidence Yamama - Casablanca
Tél : 05 22 20 90 70

au titre

de consultation de soins orthodontiques

pour la réalisation de soins orthodontiques

D36 pour le traitement des malocclusions

et l'élire à 900,00 (neuf cent

seulement)

Dr. ALI BATRAS
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
Abdelmoumen
Yamama "C" - Casablanca
Tél : 05 22 20 90 70