

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-002249

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1837 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAGHAT Abdelhak

Date de naissance : 15.08.1947

Adresse :

Tél. : 0650935584 Total des frais engagés : 81360 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABOUE MIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. haj Fatch N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Date de consultation : 31.08.2023

Nom et prénom du malade : KAGHAT ABDELHAK Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date 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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

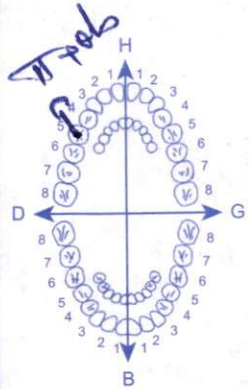
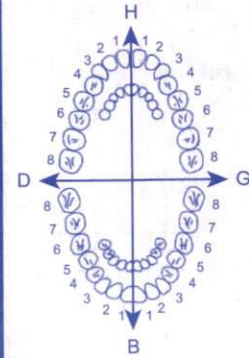
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et la nature des soins.

INPE : 094013539

ICE: 001663718000023

Important :

Veillez 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														
	AS	Trephe	Des														
<div style="text-align: right;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX Des </div>																	
<div style="text-align: right;"> MONTANTS DES SOINS 7009H </div>																	
<div style="text-align: right;"> DEBUT D'EXECUTION 31/08/23 </div>																	
<div style="text-align: right;"> FIN D'EXECUTION 05/09/23 </div>																	
<div style="text-align: center;">  </div>																	
<div style="text-align: center;"> O.D.F PROTHESES DENTAIRES </div>																	
<div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE </div>																	
<div style="text-align: center;"> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> </div>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	H																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	B																
<div style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>																	
<div style="text-align: right;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div>																	
<div style="text-align: right;"> MONTANTS DES SOINS </div>																	
<div style="text-align: right;"> DATE DU DEVIS </div>																	
<div style="text-align: right;"> DATE DE L'EXECUTION </div>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dentaire

Casablanca

Casablanca, le 05/09/2023

Patient(e): KAGAT ABDELHAK

FACTURE N° 25F2018

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
TRAITEMENT 1 CANAL	D 10	15	700,00
TOTAL			700,00

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Sept cent

Signature du Praticien

Dr. ABQUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fateh N°520 Oulfa
Casablanca - Tel: 05 22 93 41 33

Patient: abdelhak kagat

05SEP2023 12:49

Dent# 15



~~Dr. ABOUELMIR Ahlam~~
~~Chirurgien Dentiste~~
~~Lot.haj Fateh N°520 Oulfa~~
~~Casablanca Tél: 05 22 93 41 33~~
APR 2023

Note:

31AOU2023 19:25

Dent# 15



APR 2023
~~Dr. ABOUELMIR Ahlam~~
~~Chirurgien Dentiste~~
~~Lot.haj Fateh N°520 Oulfa~~
~~Casablanca Tél: 05 22 93 41 33~~

Note:

Dr AOUELMIR Ahlam