

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

N° W21-821160

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13290 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAIRY FAIZA

Date de naissance : 06.13.40.42.01

Adresse : 2906

Tél. : 06.73.40.42.01 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HASSAN BERRADA HIND
Chirurgien Dentiste
201, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél : 05 22 94 76 71

Date de consultation : 02/10/23

Nom et prénom du malade : Khairy Faiza

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

Nature de la maladie : Prothèse 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

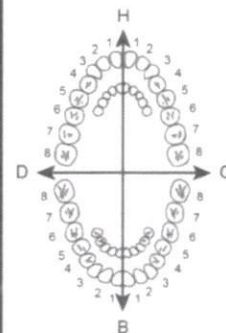
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

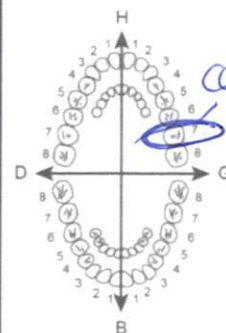
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

Coronne Céramique
27.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MEKKI BERRA
Chirurgien Dentiste
201, Rd. d'Anta - Casablanca
Tél : 05 22 94 76 71

Docteur MEKKI BERRA
Chirurgien Dentiste
201, Rd. d'Anta - Casablanca
Tél : 05 22 94 76 71

Docteur MEKKI BERRADA Hind
Chirurgien Dentiste
201, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél : 05 22 94 76 71

CASABLANCA, LE:

8/12/22

NOTE D'HONORAIRES

NOM ET PRENOM :

Khaïry Faïza

ACTES REALISES :

°

°

°

°

Couenne Colonne 22

MONTANT :

4000 dh (quatre mille dirhams)

Docteur MEKKI BERRADA Hind
Chirurgien Dentiste
201, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél : 05 22 94 76 71

N° Dossier: 179046 
N° Dossier externe: ACC-13290-16/10/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: KHAIRY FAIZA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 16-10-2023 
Date de fin: 16-10-2023 
Date de saisie: 16-10-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
31-10-2023	18-10-2023 Manuel ACC D180 CCM 27 S/R RX APRES DR BERRADA HIND

Avant

Docteur MEKKI BERRADA Hind
Chirurgien Dentiste
201, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél : 05 22 94 76 71

Création 02/10/2023	KHAIRY FAIZA	Impression 04/10/2023
02/10/2023 - 27 -		Lin.



Amé

Docteur MEKKI BERRADA Hind
Chirurgien Dentiste
291, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél : 05 22 94 76 71

Création 08/12/2023 KHAIRY FAIZA Impression 08/12/2023
08/12/2023 - 27 - Lin.



KHAIRY FAIZA

De: pec_mup@mupras.com
Envoyé: mardi 31 octobre 2023 14:31
À: KHAIRY FAIZA
Objet: ACCORD DENTAIRE
Pièces jointes: ACCORD DENTAIRE KHAIRY FAIZA.PNG

Indicateur de suivi: Assurer un suivi
État de l'indicateur: Avec indicateur

Bonjour

votre accord dentaire est accordé.

CORDIALEMENT.



Service Prise en charge

- Fixe : +212 522 204 545 LG
- pec@mupras.com
- www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siege Social : Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 48, Angle rue Allal Benabdellah et rue Mohammed Fakir 6 ème étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contact@mupras.com

 /MUPRASRAM