

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9253

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

LAABARTA ABDELOUAHAD

06.01.63

Lot Grand Sah N° 1462

M'Hanid Maâakech

0678844056

Total des frais engagés : 3500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cabinet Dentaire Al Izdihar
Dr. AIT BOUGADIZ Zouhair
Quartier Al'izdihar, N°40, Lot El Manar Attassi
(à côté de l'école ELARAKI Al Izdihar)
1^{er} étage Appt. N°4 - Marrakech

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : 60

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie : R.A.S

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 : Marrakech Le : 20/12/2023

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M23- N° 0034222

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9253

Nom de l'adhérent(e) : LAABARTA

Total des frais engagés : 3500 Dhs

Date de dépôt :

RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

ESSAOUIRA

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	PAT	
	Cabinet Dentaire Al Izdihar	
	Dr. AIT BOUGADIZ Zouhair	
	Quartier Al Izdihar, N°40, Lot El Manar Atlassi à côté de l'école ELARAKI Al Izdihar 1 ^{er} étage Appt. N°4 - Marrakech	
	Cabinet Dentaire Al Izdihar	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Quartier Al Izdihar, N°40, Lot El Manar Atlassi
à côté de l'école ELARAKI Al Izdihar
1^{er} étage Appt. N°4 - Marrakech

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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir Et Rue Alia Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-829833

Bee

18/11/13

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3253	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAAIB ARTI - ABDELOUAHAB
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 01 63	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin	Cabinet Dentaire Al Izdiha
Cachet du médecin :	DR. AIT BOUGADIZ Zouhair
Date de consultation :	OK/12/19/2023
Nom et prénom du malade :	Laabatna Abdellah
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : Maroc le : 01/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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"/>

NO ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées 17-27 PAT 37-47 PAT	Nature des Soins 0180 0190	INP : L074118380														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 0180x8														
				MONTANTS DES SOINS 3500Dhs														
				DEBUT D'EXECUTION —														
				FIN D'EXECUTION —														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</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></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX 0180x8																
		MONTANTS DES SOINS 3500Dhs																
		DATE DU DEVIS 05/11/2022																
Cabinet Dentaire Al Izdiha DR. AH BOUGADIZ Zouhair Quartier Al Izdiha, N°40, Lot El Manar 1 ^{er} étage de l'école ELARAKI Al Izdiha 1 ^{er} étage Appt. N°4 - Marrakech																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Cabinet Dentaire Al Izdiha</i>		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <i>Cabinet Dentaire Al Izdiha</i>																

N° Dossier: 185518 

N° Dossier externe: ACC-9253-06/12/2023

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: LAABARTA ABDELOUAHAD

Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 06-12-2023 



Date de fin: 



Date de saisie: 06-12-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
11-12-2023	Manuel	ACC D240 PAT SUP ET INF DR AIT BOUGADIZ

N° Dossier: 185518 

N° Dossier externe: ACC-9253-06/12/2023

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: LAABARTA ABDELOUAHAD

Situation: En attente 

Sous-situation: — 

Date de début: 06-12-2023 

Date de fin: 06-12-2023 

Date de saisie: 06-12-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
11-12-2023	Manuel	ACC D240 PAT SUP ET INF DR AIT BOUGADIZ

Dr. AIT BOUGADIZ ZOUHAIR

Chirurgien Dentiste



الدكتور ايت بوگاديز زهير

طبيب جراحي للأسنان

Marrakech le : ٢٠/١١/٢٠٢٣ مراكش في :

Dr.AIT BOUGADIZ Zouhair

Zouhair Ait Bougadiz

In the name of Doctor Ait Bougadiz Zouhair
 witness our witness Dr. Zouhair
 my patient Laabata Abdellah had
 an accident at the age of 35 years

Cabinet Dentaire Al Izdihar
 Dr. AIT BOUGADIZ Zouhair

Quartier Al' Izdihar , N°40 , Lot El Manar Atlassi
 (à coté de l'école Nour Al Khalil)
 1^{er} étage Appt. N°4 Marrakech

Quartier Al'Izdihar , N°40 , Lot El Manar Atlassi ,(à coté de l'école Nour Alkhali)

1^{er} étage Appart.N°4 , Marrakech. Tél : 05 24 20 02 24

INP: 074183500 ICE : 002056408000075 IF : 25095648 ITP : 64400973