

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0034222

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9253 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAABARTA ABDELOUAHAD

Date de naissance : 05-01-63

Adresse : Lot Hachem N° 1462

M'hamed Mamek

Tél. : 0678844056 Total des frais engagés : 3500 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 12/10/23

Nom et prénom du malade : Laabarta Abdelouahad Age : 60

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

Nature de la maladie : Elément

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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) : Mamek

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 DH

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

222466

VOLET ADHERENT

SSSACUL

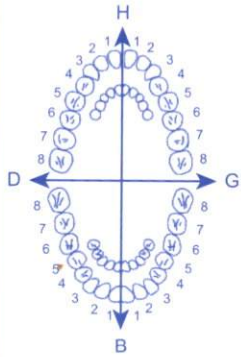
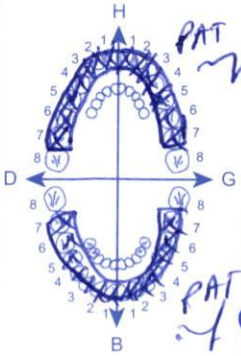
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>								
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>								
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>								
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>								
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> </div>			25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text" value="0120 x 2"/> </div>
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	<div style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text" value="35000"/> </div>								
	<div style="text-align: center;"> PAT PAT </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text" value="06/11/2018"/> </div>								
	<div style="text-align: center;"> Gabinet 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 Appel. N°4 - Marrakech </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text" value="20/10/2018"/> </div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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
			Coefficient des Travaux
			Montants des Soins
			Debut d'Execution
			Fin d'Execution

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

PAT and PAT in

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 App. N°4 - Marrakech

Coefficient des Travaux 0.170
x2

MONTANTS DES SOINS	3500)
-----------------------	-------

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION 20/11/2022

Cabinet Dentaire Al Izdihar

Dr. AIT BOUGADIZ Zoubair

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'Horiège 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° W21-829833

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9253 Société : Royal Air Maroc

Matricule : 9253

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : LAABARTI - ABDELOUAHAN

Nom & Prénom : LAABARTI - ABDELOUAHAN

Date de naissance : 06-01-63

Adresse : Lot Mantalah 1462 M'hamed Mouaïss

Tél. : 0678844056 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2023

Nom et prénom du malade : LAABARTI - ABDELOUAHAN

Age : _____

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

Nature de la maladie : 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 : Mantalah

Le : 01/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : _____


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019








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

NO 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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
	12-17	PAT	0180	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	37-47	PAT	0180															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																		
																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession PAT + PAT				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>														
Cabinet Dentaire Al Izdihar Dr. AH BOUGADIZ Zouhair Quartier Al Izdihar, N°40, Lot El Manar Almond (à côté de l'école ELABAKI Al Izdihar) 1 ^{er} étage Appt. N°4 - Marrakech																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														








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 بوغديز زهير

طبيب جراحي للأسنان

Marrakech le : ... 20/11/2023 : مراكش في

Dr. AIT BOUGADIZ Zouhair

Orte de la dent

*Je soussigné Docteur AIT BOUGADIZ Zouhair
certifie que le patient des dents
appartient à la famille Abdelouahed
et a été traité de 350000*

Cabinet Dentaire Al Izdihar
Dr. AIT BOUGADIZ Zouhair

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

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

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

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