

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

M22- N° 004092

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02199 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : ENNAJEM Abdallah
Date de naissance : 30/05/1956
Adresse : 2, RUE D'ARABES - APP. 10 - 4ème étage CASA
Tél. : 0666818311 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ENNAJEM ABDALLAH Age :

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

Nature de la maladie : Carie de Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : 10/10/23 Le : 9 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

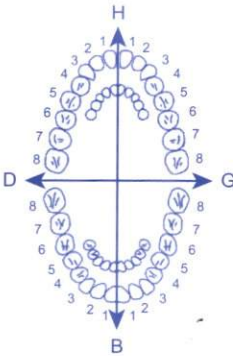
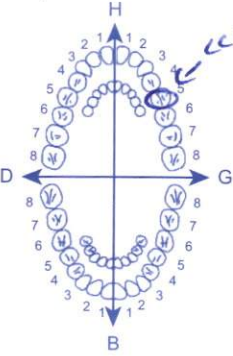
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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


Important :

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px;" type="text" value="D200"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px;" type="text" value="3000,00 dh"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 150px;" type="text" value="9/10/2023"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px;" type="text" value="26/12/2023"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRINCIPAL ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgie des Mars 2^{ème}
105 Avenue de la Sablanca
étage App 3
Tél: 0522-800008 06

N° Dossier: 178251 
N° Dossier externe: ACC-02199-10/10/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: EN NAJEM ABDALLAH
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 10-10-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 10-10-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
11-10-2023	Manuel	ACC D180 CCM 25 S/R RX APRES DR ABIDINE ZOUHAIR

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Orthodontics & Cosmetic Dentistry

Casablanca, le 26/12/2023

FACTURE N° 726F2023

Patient(e): ENNAJEM abdallah

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	25	3 000,00
TOTAL		3 000,00

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Trois mille



SCAN ME

IF : 96379920 -ICE : 002077369000026 -INPE: 094184025

Signature du Praticien

Dr. Zouhair ABIDINE
Chirurgie Dentaire
105 Avenue 2 Mars 2ème
étage App Casablanca
Tél: 05 22 80 58 06

www.dentalclinic2mars.com

105 Avenus 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca. Maroc

05 22 805 806 06 96 520 109 dentalclinic2mars@gmail.com

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

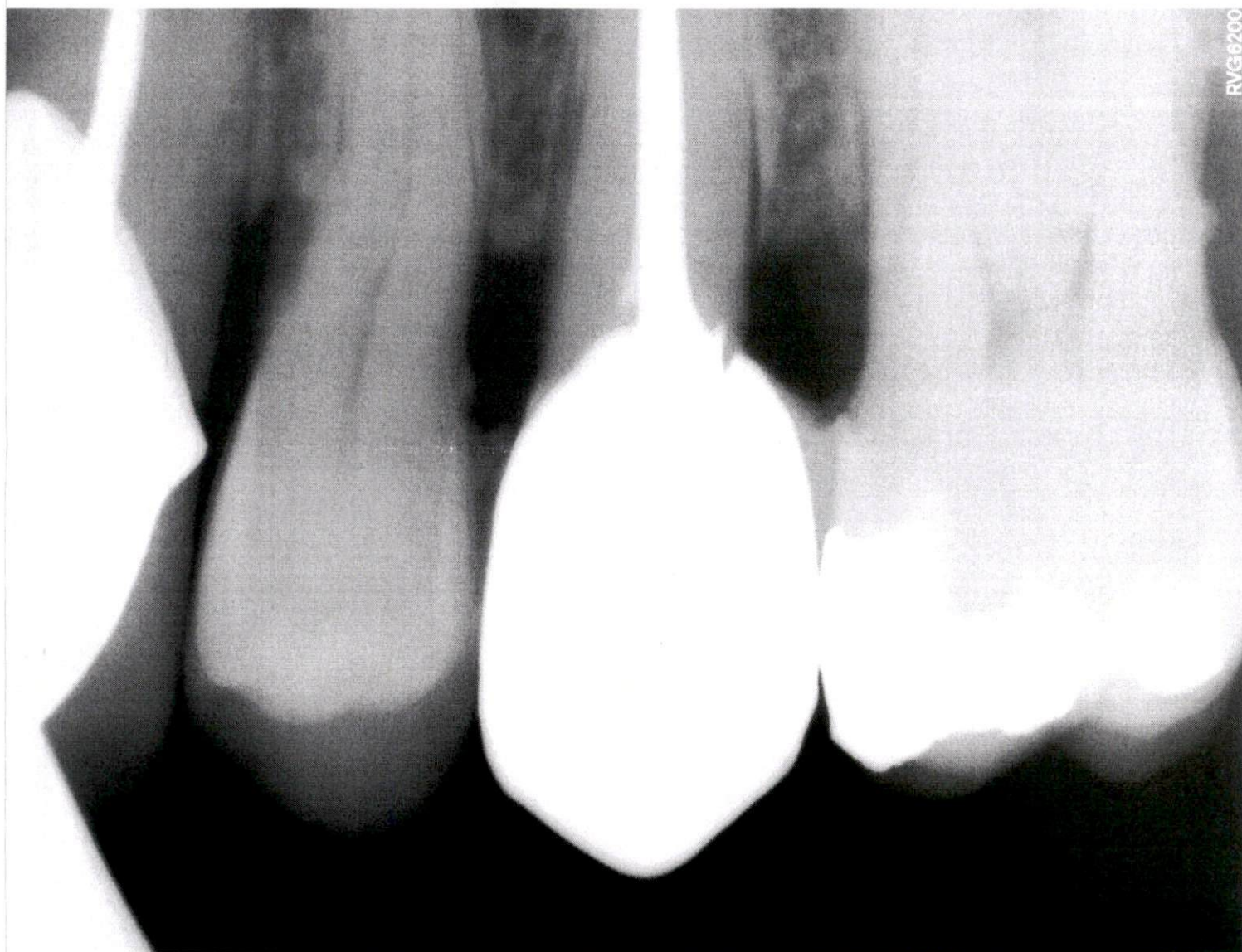
Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Lin

RADIO APRES

Dr. Zouhair ABIDINE
Chirurgien Dentiste
15 Avenue 2 Mars 2ème
étage App. 501 Casablanca
Tél: 05 22 805 806 06 96 520 109

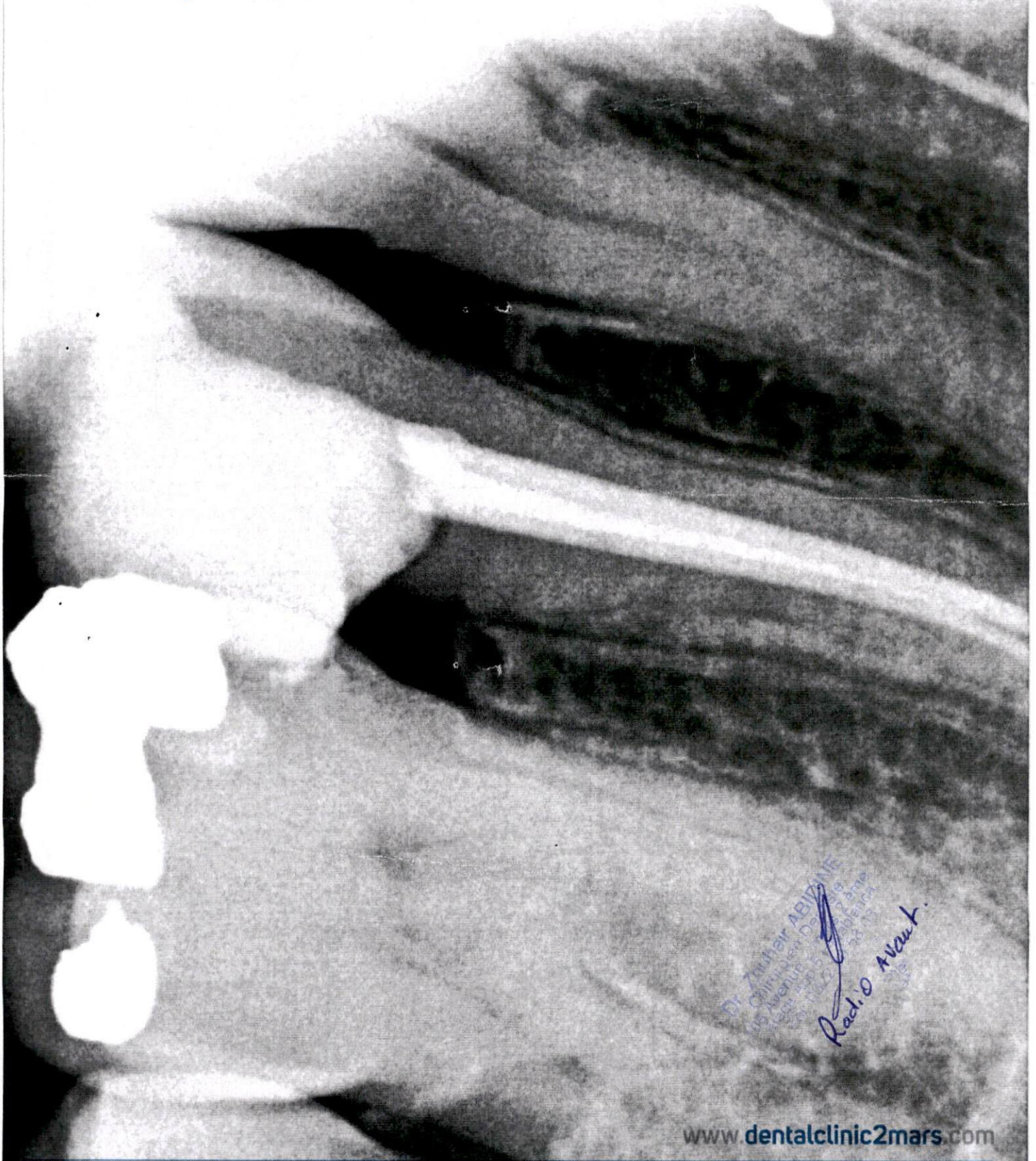
www.dentalclinic2mars.com

🏠 105 Avenus 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca. Maroc

☎ 05 22 805 806 📞 06 96 520 109 ✉ dentalclinic2mars@gmail.com

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Master Européen Damon
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



www.dentalclinic2mars.com

105 Avenus 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca, Maroc

☎ 05 22 805 806 ☎ 06 96 520 109 ✉ dentalclinic2mars@gmail.com

RVG6200