

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-827477

carrière

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1248 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEKKAT MOUNTASSER
 Date de naissance : 30/06/1947
 Adresse : 45 Rue JAAZAR ESSADIK AGDAL 10080
RABAT
 Tél. : 06 608 98 73 Total des frais engagés : 1326,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. DONIA BERRADO
Orthodontiste
17, rue Jabal Moussa, Appt 2
Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 55 40
INPE: 104173307
 Date de consultation : 14/11/23
 Nom et prénom du malade : SEKKAT MOUNTASSER Age : 76a
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : gingivite + abcès parodontal
 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 : Rabat Le : 26/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-2.15/2019

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
	14.11.23	345,10
	20.11.23	181,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18.11.23		

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 144173397																						
		consultation	C _s	COEFFICIENT DES TRAVAUX $C_s + D_{12} + D_{12}$																						
		détartrage complet	D ₁₂ + D ₁₂																							
				MONTANTS DES SOINS $300 + 500 = 800 D_{12}$																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H		H																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Docteur Donia BERRADO

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Lauréate de l'Université de Lille
Ancien attachée au CHU de Lille

ORTHODONTIE

IF : 35397792

Patente : 25739781

Cnss : 8675962

Ice : 001860067000038

الدكتورة دنيا برادو

دكتورة في جراحة الأسنان

اختصاصية في تقويم الأسنان

خريجة جامعة ليل - فرنسا
ملحق سابق بالمركز الإستشفائي
الجامعي بليل

Rabat, le 22/12/23

Facture n°255/23

Facture pour Mme LEMRINI Nadia

Le montant des honoraires pour :

- La consultation dentaire (Cs) = 300 dirhams
- L'extraction de 15 (D10) = 300 dirhams
- Le traitement endodontique su 14 (D15) = 700 dirhams
- L'obturation au composite sur 13 (D10) = 500 dirhams
- L'obturation au composite sur 38 (D10) = 500 dirhams
- L'obturation au composite sur 16 (D10) = 500 dirhams
- L'obturation au composite sur 17 (D10) = 500 dirhams

s'élève au total à 3300 dirhams

(payé en espèces)

Dr. Donia BERRADO
Orthodontiste
17, rue Jabal Moussa, Appt 2
Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 55 40
INPE : 104173307

Docteur Donia BERRADO

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Lauréate de l'Université de Lille
Ancien attachée au CHU de Lille

ORTHODONTIE

الدكتورة دنيا برادو

دكتورة في جراحة الأسنان

اختصاصية في تقويم الأسنان

خريجة جامعة ليل - فرنسا
ملحق سابق بالمركز الإستشفائي
الجامعي بليل

Rabat, le 14/11/23

pour M^{me} LEMRINI Nadia

1/ BiRODO GYL

1 cp 3x /j pendant 8j

LOT: 22E014
PER: 11 2025
BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V: 102DH00
6 118000 060567

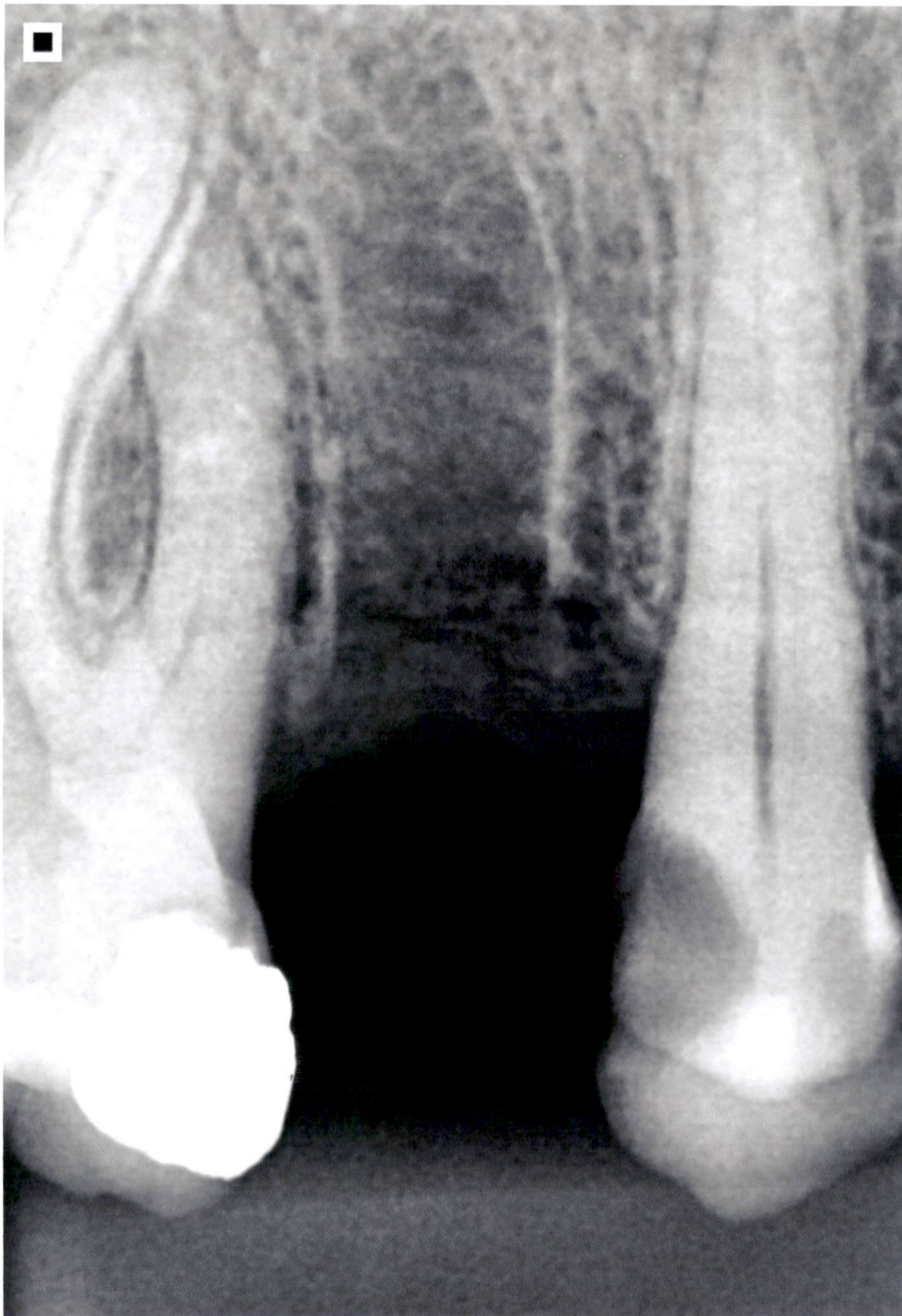
102,00

Dr. Donia BERRADO
Orthodontiste
17, rue Jabal Moussa, Appt 2
Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 55 40
INPE: 104173307

Pharmacie Descartes
Dr. Elmadhimi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
64, Av. DE LA Nation Unies
Rabat - Tél: 05 37 67 55 40

INPE
102060449

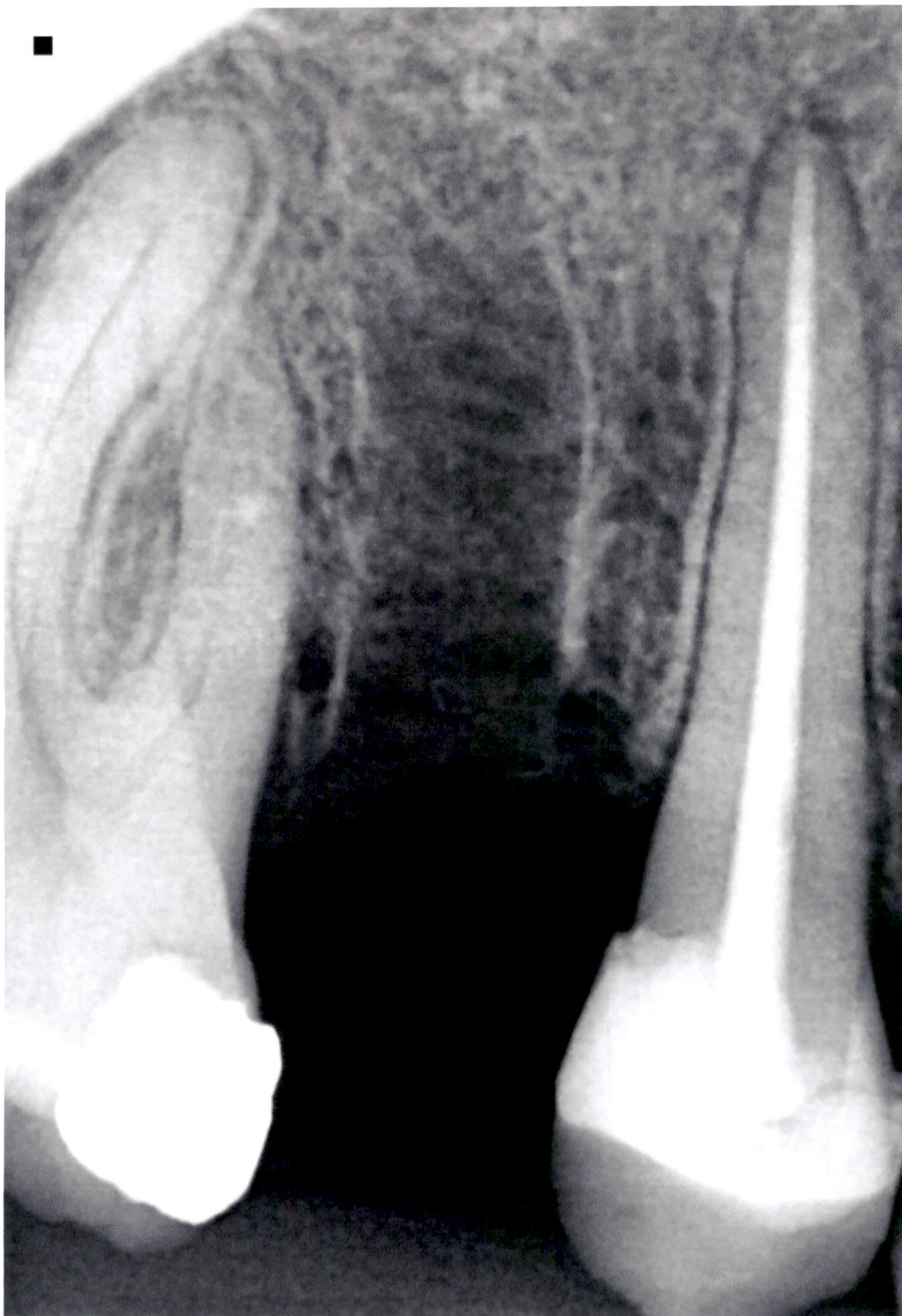
17, rue Jabal Moussa, Appt N°2 - Agdal - Rabat - Tél.: 05 37 67 55 40 : الهاتف - أكادال الرباط - زنقة جبل موسى



patiente: M^{me} LEMRINI Nadia
Née le : 01/08/69
Dent: 14

Rabat le 22/12/23

Dr. Donia BERRADO
Orthodontiste
17, rue Jabal Moussa, Appt 2
Agdal - Rabat
Tel: 0537 67 55 40
INPE : 104173307



Patiente: M^{me} LEMRINI Nadia
Née le: 01/08/68
Dent: 14

Rabat, le 22/12/23

Dr. Donia BERRADO
Orthodontiste
17, rue Jabal Moussa, Appt 2
Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 55 40
INPE : 104173307

Docteur Donia BERRADO

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Lauréate de l'Université de Lille
Ancien attachée au CHU de Lille

ORTHODONTIE

الدكتورة دنيا برادو

دكتورة في جراحة الأسنان

اختصاصية في تقويم الأسنان

خريجة جامعة ليل - فرنسا
ملحق سابق بالمركز الإستشفائي
الجامعي بليل

Rabat, le 20/11/23

pour M^{me} LEMRINI Nadia

68.50

22/11/25 11/11/23
LOT UTAV
SOKAPHARM P.P.C.
68.50

Faire un BB 3x/j après chaque
brossage, et se rincer après
utilisation, pendant 5j, à partir

du 21/11/23.

2/ Ddipiane 1p.

1 cp 3x/j en cas de douleurs.

Pharm
Dr. D

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M2938

82.80

INPE
102060449

Dr. Donia BERRADO
Orthodontiste
17, rue Jabal Moussa, Appt 2
Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 55 40
INPE: 104173307

Pharmacie Descartes
Dr. El hachmi BOUZBIB
Pharmacie
Docteur en Pharmacie
INPE: 102060449
64, Av. Des Nations Unies - Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 67 10 90