

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.

[sous pli confidentiel] du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de 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 de

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

- 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdella Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupra

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NOURAZIZ Maima

Date de naissance :

16-06-52

Adresse :

Halituelle

Tél. :

06 60 36 64 54 Total des frais engagés : 153,000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Younes SAAFI

Date de consultation :

2023-12-27

Nom et prénom du malade : Abdeljalil Naima Age : 70 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sin

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

27. DEC. 2023

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 : 27.12.2023

Signature de l'adhérent(e) :

C.Y.

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
	10/11/2023	155,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

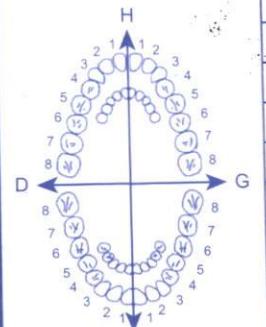
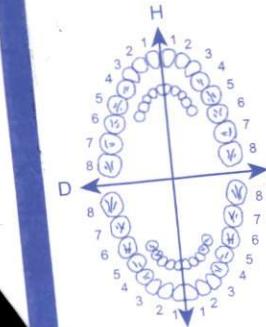
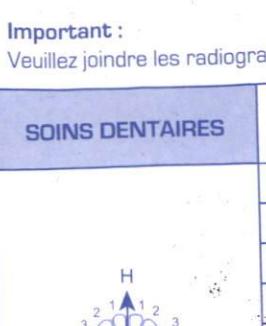
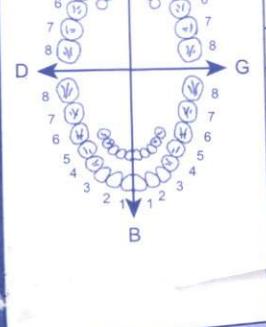
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

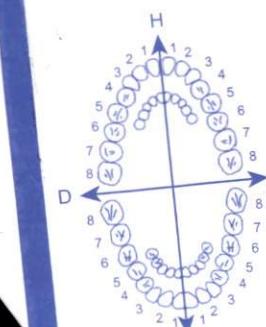
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	-	Condu Hection	D6	D6
				
				
				
				
				

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Yousef
Chirurgien Dentiste
Bouche, Implantologie
2214 Bd. Bir Anzarane 1000
Tunisie
Tél: 2107 771 2222

DR. YOUNES BENNANI

DOCTORAT D'ETAT EN MéDECINE DENTAIRE

DIPLOME UNIVERSITAIRE EN IMPLANTOLOGIE ORALE

DIPLOME UNIVERSITAIRE EN ESTHÉTIQUE DU SOURIRE

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG - FRANCE



DENTAL BEAUTY CARE

الدكتور يونس بناني

دكتوراه دولة في طب الأسنان

شهادة جامعية في زرع الأسنان

شهادة جامعية في تجميل الابتسامة

جامعة ستراسبورغ بفرنسا

CASABLANCA, LE 10/10/2023 الدار البيضاء، في

lundi le 16/10/23
X - SOCLAV
93,00



NOURAZIZ Naima

1g Sachets

1 Sx2/j pendant 7 jours.



20mg Comprimé

3 Cp en une seule prise le matin pendant 4 jours



- CEDOL

Comprimé

1 Cpx3 /j pendant 3 jours.

- GINGIDEX

Bain de bouche → posse.

1 BDB x 2/j pendant 7 jours.

YB



So clav®

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

®

1g/125 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Adultes

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



Sothema

93,00

Isolone

Prednisolone

20 mg

20 Comprimés
effervescents

Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطيم سو سو
othem سو سو سو

40,00

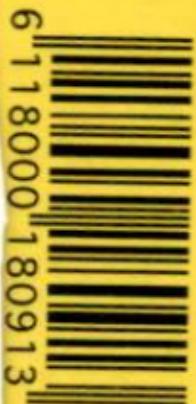
22,00

سیدول

سیدول

باراستامول /

Céadol®
20 Comprimés



6 118000 180913