

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 048129

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ETTAHALI - MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662360713 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 01 / 2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie J. SLOMINSKI Mme. Eustochie J. Slo... 214, Bd. Iboudo Ste - CASA Tél : 022 76 01 14 | 05/01/24 | 249.4054 |

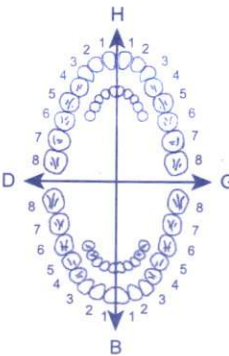
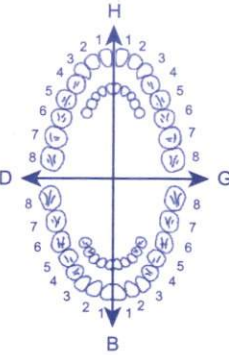
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|---|---|--|----------------------|----------------------|-----------|--|----------------------|----------------------|---|
|  | | Débarbage | D12 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | Bilan | 256 | | | | | | | | | | |
| | | radiologique | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | surfacage | HIV | | | | | | | | | | |
| | | radiculaire maxillaire | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | surfacage | HIV | | | | | | | | | | |
| | | radiculaire mandibulaire | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
|  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D ————— G | | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B |
| | H | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | D ————— G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

M. Mohamed ETTAHALI

1. CLAMOXIL 1 g (Comprimés)

1 comprimé 2 fois par jour pendant 10 jours.

2. FLAGYL 500 mg (Comprimés)

1 comprimé 3 fois par jour pendant 10 jours.

3. DOLIPRANE 1000mg (Comprimés)

1 comprimé en cas de douleurs. Ne pas dépasser 4 comprimés par jour.

4. PERIO AID INTENSIVE CARE (Bain de bouche)

En rinçage buccal 2 fois par jour pendant 14 jours.



Dr Mohammed EDDAIF

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tel: 0522 94 40 06 53 09 54 71

Dr. Mohammed EDDAIF

Spécialiste en chirurgie buccale et en implantologie

Ancien médecin interne du CHU IBN ROCHD

Diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale (Université Paris VII)

D.U d'implantologie chirurgicale et prothétique (Université Paris VII)

D.I.U pathologie de la muqueuse buccale (Université Paris VI)

C.E.S en chirurgie buccale (Université Paris VII)

C.E.S en prothèse fixée (Université Paris V)



ME DENTAL CLINIC

Casablanca, le 06 janvier 2024

Note d'honoraire N° : 497 - 2023

Patient : ETTAHALI MOHAMED

| Date(s) | Libellé des actes de la nomenclature | Dents | Honoraires |
|---------------------|--------------------------------------|-------|--------------|
| 02/01/2024 | Détartrage | | 700,00 DH |
| 02/01/2024 | Bilan Radio | | 1000,00 DH |
| 05/01/2024 | Surfacage Radiculaire /Maxillaire | | 2 000,00 DH |
| 06/01/2024 | Surfacage Radiculaire /Mandubilaire | | 2 000,00 DH |
| Total du traitement | | | 5 700,00 Dhs |

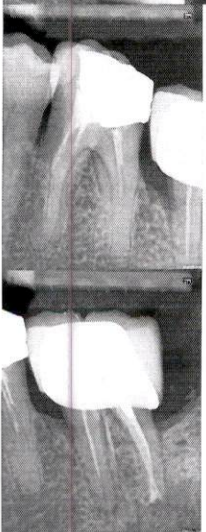
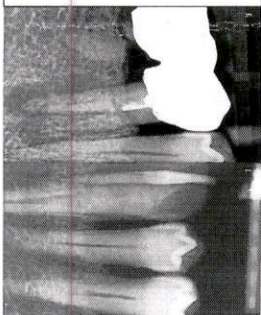
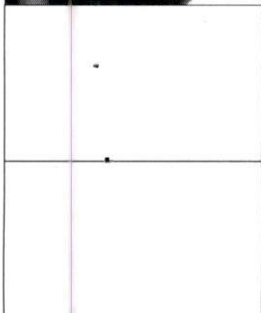
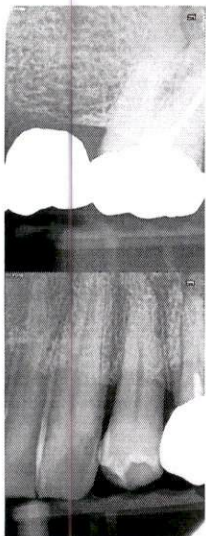
Arrêté la présente facture à la somme de cinq mille sept cent dirhams

Signature

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240 Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 54 40-0663 09 54 71

ME DENTAL CLINIC. 240Bd IBNOU SINA. Casablanca. Tel : 06.63.09.54.71 - 06.63.09.54.71

ICE: 002146690000071 / INPE: 094177235 / IF: 40436249



Dr Mohammed EDDAIF
 Chirurgien Dentiste
 207, rue de la République
 40000 Nîmes
 Tel: 0562228344 4006633038 5474

