

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

- 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'H
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

M23+007930

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1014 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benaina A.B. delhader

Date de naissance : 1947

Adresse : 41 Rue El Hadj Maww / EL OULFA CASAB - 82377

Tél. : 0668744052 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi EL MOUSTI
Chirurgien-Dentiste
Cité Dar Essalamm, 03 Appt. 04
1er Etage Rte My Thami Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 90 77 99

Date de consultation : 10 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : AZZOUZ FADMA Age :

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

Nature de la maladie : ABSENCE DENTAIRE (A. H. L. S.)

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

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 : Casablanca Le : 10 / 11 / 23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

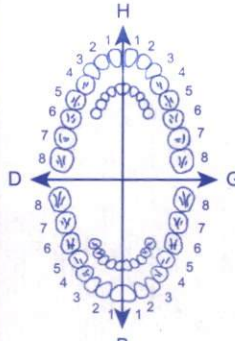
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

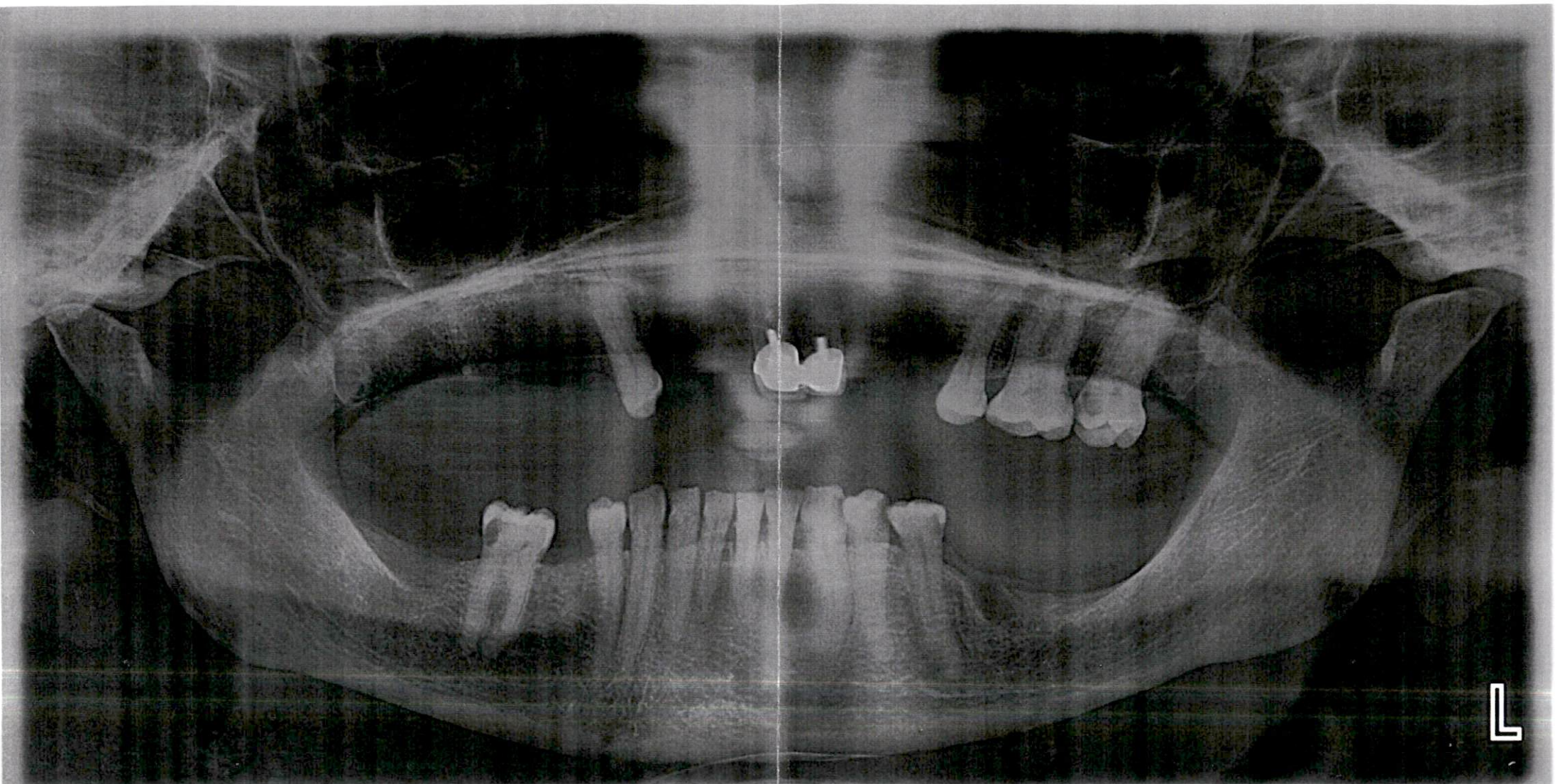
Important :

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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>2 Prothèse Adjointe</i> <i>sur Stellite Maxillaire</i> <i>Mandibule Remplacée</i> <i>Les: 16-15-13-12-11</i> <i>23-24/36-37-45</i></p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="0240 x 2 = 0480"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="600000"/> DATE DU DEVIS <input type="text" value="16/11/2023"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="05/01/2024"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. Mohamed EL MOUSTEL
 Chirurgien-Dentiste
 Cité Dar Essalam, Imm. 03 Appt. 04
 1er Etage Rte Mly Thami Oulfa
 Casablanca - Tel : 05 22 90 77 99

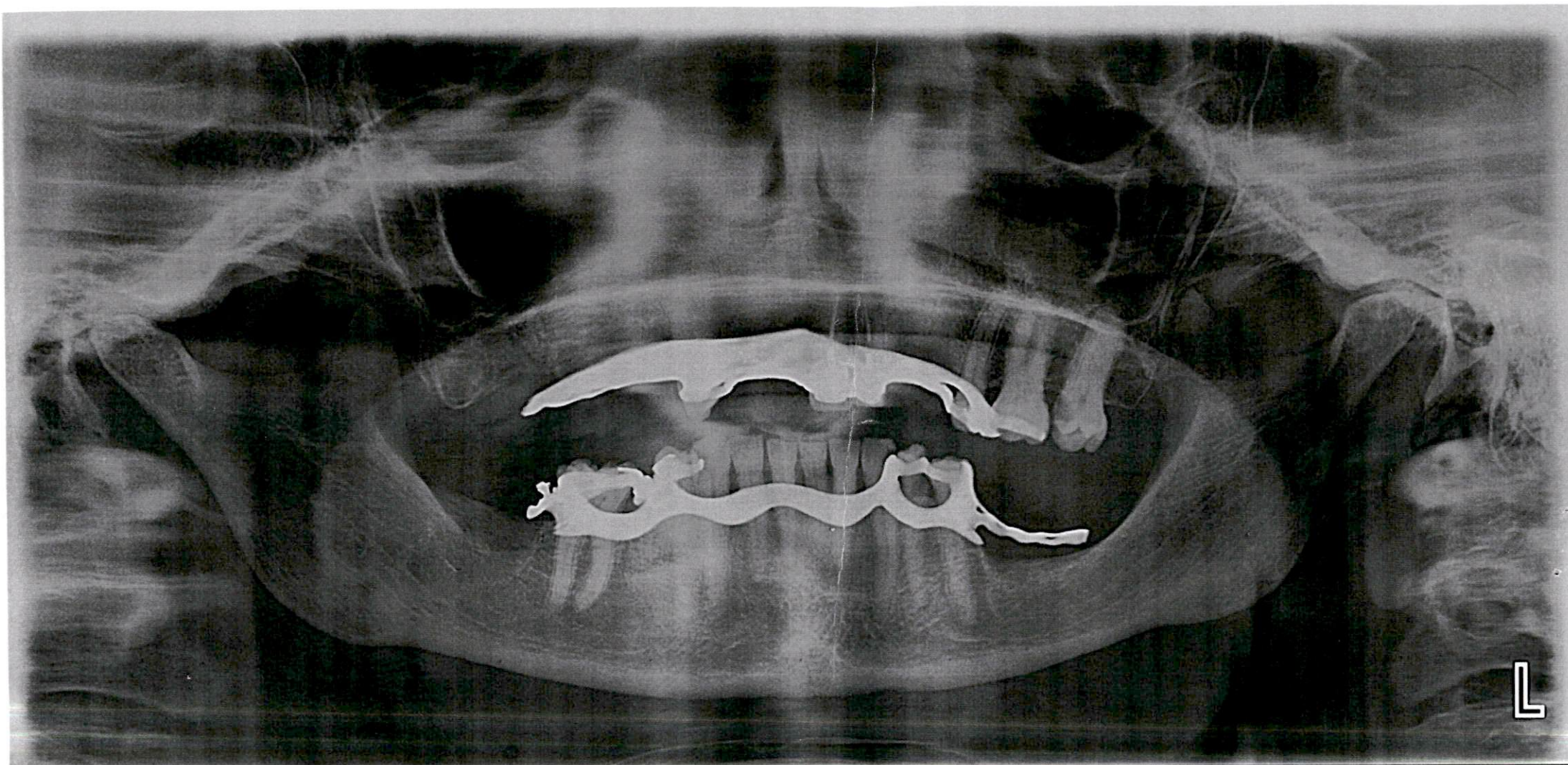
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Dr. Mohamed EL MOUSTEL
 Chirurgien-Dentiste
 Cité Dar Essalam, Imm. 03 Appt. 04
 1er Etage Rte Mly Thami Oulfa
 Casablanca - Tel : 05 22 90 77 99



pt AZZOUZ FADHA

le 08/11/2023

Dr. Mehdi ELMOUSTI
Chirurgien-Dentiste
Cité Dar Essalam, Imm. 03 Appt. 04
1er Etage Rte Mly Thami Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 90 77 99



66053 : AZZOUZ FADMA

16/01/24 67.0kV 8.0mA 17.1s 111.3mGy×cm²

Provider Default

AZZOUZ FADMA (APRES)

Dr. Mehdi ELMOUSTI
Chirurgien-Dentiste
Cité Dar Essalam, 03 Appt. 04
1er Etage Rte. M. Thami Oulfa
Casablanca - Tel : 05 22 90 77 99

Dr. Mehdi ELMOUSTI
Chirurgien-Dentiste
Cité Dar Essalam, Imm. 03 Appt. 04
1er Etage Rte Mly Thami Oulfa
Casablanca - Tel : 05 22 90 77 99

05/01/2024

CNSS : 9116014 TP : 36037887 IF : 40423602 ICE : 001681739000008 INP : 094164183

FACTURE N° 15/2024

PATIENT AZZOUZ FADMA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 6000dhs TTC

Dr. Mehdi ELMOUSTI
Chirurgien-Dentiste
Cité Dar Essalam, Imm. 03 Appt. 04
1er Etage Rte Mly Thami Oulfa
Casablanca - Tel : 05 22 90 77 99

N° Dossier: 182377
N° Dossier externe: PEC-1014/13-11-23
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: AZZOUZ FADMA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 13-11-2023
Date de fin:
Date de saisie: 13-11-2023
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
14-11-2023	Manuel	ACC D 340 STEL SUP 7 DENTS 11 12 13 15 16 23 24 ET STEL INF 36 37 45 S/R RX APRES DR MEHDI EL MOUSTI