

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



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

192867

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042766

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA

Date de naissance : 23 - 12 - 1957

Adresse : 13 Des ARTEMIS ETAGE 2 APPT: 4 AV

YACOB EL MANSOUR V.N MEKNES

Tél. : 0663072895 Total des frais engagés : 900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 / 01 / 2024

Nom et prénom du malade : SELKAK Louisa Age: 1960

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

Nature de la maladie : Soins dentaire

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 : CASA Le : 31 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. ABUEL MIR AHAM
Chirurgien Dentiste
Lot. haj Fateh N° 320 Oulfa
Casablanca - Tel: 05 22 20 45 45

MUPRAS
A. LAAMIM
ACCUEIL
31/01/2024

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
	consultation	D5-		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D30"/>													
	24	canalaire D25															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="9000dh"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="29/01/24"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="31/01/24"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ABOUELMIR AHLAM

Chirurgien Dentiste

Implantologie, Soins, Prothèse, chirurgie

Radio, blanchiment

Orthodontie :Adulte et enfant

Casablanca le : 31/01/2024

Note d'honoraire N°: 595-F-2024

SEKKAK fouzia

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
CONSULTATION	CS	D 5	Toutes	200,00 DH
TRAITEMENT 2 CANAUX	D705	D 25	24	700,00 DH
			TOTAL	900,00 DH

Mode reglement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Neuf cent MAD

Signature du praticien

Dr. ABOUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot: Haj Fateh N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Lotissement HajFateh, N°520 Lissasfa-Casablanca-tél :0522 93 41 33

IF :51489310 / ICE :001663718000023

Patient: fouzia sekkak

31JAN2024 10:50

Dent# 24



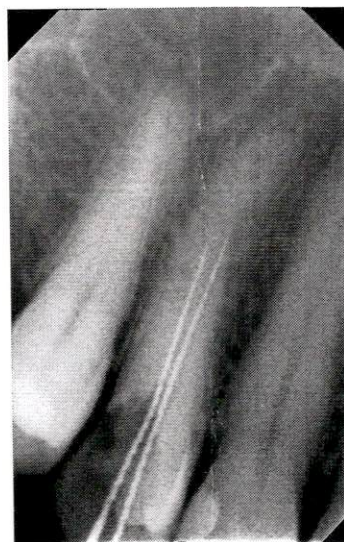
R X 9-13

Dr. AOUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fateh N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Note:

31JAN2024 10:40

Dent# 24



R X 9-13

Dr. AOUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fateh N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Note:

Dr AOUELMIR Ahlam