

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'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

Déclaration de Maladie

N° W21-778111

194980

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10687

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : DINA BOUCHRA

Date de naissance : 13-12-74

Adresse : 40 BLV ANOUAL A NDA TOUSSIA

Tél. : 06 61 21 39 12

Total des frais engagés : 0

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2024

Nom et prénom du malade : DINA BOUCHRA

Age : 49

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 04/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-778111

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : DINA BOUCHRA

Total des frais engagés : 0

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

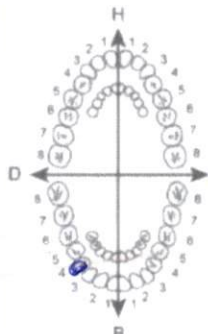
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

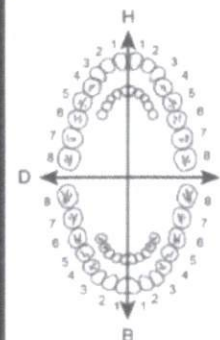
| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 094163649 | | |
|---|----|-------------------|---------------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|------|
|  | 44 | coronate | 9m | COEFFICIENT DES TRAVAUX | 934 | | |
| | 44 | | 9m | | | MONTANTS DES SOINS | 1000 |
| | 44 | | 9m | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | 04-01-24 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|----------|
| H | | H |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 |
| D | 00000000 | G |
| 35533411 | 11433553 | |
| B | | |

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed EL ALAOUI FERRICHA
Chirurgien Dentiste
Ag. Bd Emile Zola - 31121
Tél: 05 22 21 51 31 - 05 22 21 12 21 4
IF: 40153523 - ICE N° 01648691000047

Dr Mohamed EL ALAMI FERRICHA

Chirurgien Dentiste

ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE

الدكتور محمد العلمي الفريشة

طبيب جراحة الأسنان

Doctorat en Médecine Dentaire de l'Université Hassan II - Casablanca

دكتوراه في طب الأسنان بجامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء

DU en Orthodontie de l'Université Mohamed V - Rabat

دبلوم جامعي في تقويم اعوجاج الأسنان بجامعة محمد الخامس - الرباط

DU en Implantologie Orale et Maxillo-Faciale de l'Université Paul Sabatier - Toulouse

دبلوم جامعي في زراعة الأسنان بجامعة بول ساباتييه - تولوز

Certificat d'Expertise Médicale et Réparation du Dommage Corporel de l'Université Hassan II - Casablanca

شهادة الخبرة الطبية وإصلاح الخسائر الجسدية بجامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء

Casablanca, le 24/04/2024 في الدار البيضاء، في

Dr. Mohamed EL ALAMI FERRICHA

Dr. Mohamed EL ALAMI FERRICHA
Chirurgien Dentiste
Ag. Bd Emile Zola et Rue Rethel, 2^{ème} étage - Casablanca
Tél: 05 22 24 58 13 - IP: 3121214
IF: 40153523 - ICE N°: 001698691000047

Dr. Mohamed EL ALAMI FERRICHA
Chirurgien Dentiste
Ag. Bd Emile Zola et Rue Rethel, 2^{ème} étage - Casablanca
Tél: 05 22 24 58 13 - IP: 3121214
IF: 40153523 - ICE N°: 001698691000047

زاوية شارع إميل زولا و زنقة ريتيل، الطابق الثاني (فوق مخبزة أمود) - بلغدير - الدار البيضاء

Angle Bd, Emile Zola et Rue Rethel, 2^{ème} étage (au dessus de la pâtisserie AMOUD) Belvédère - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 24 58 13 - E-mail : cabdentalami@yahoo.fr