

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.

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
M23-010509

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05351 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : BENNANI Otmane
Date de naissance : 19/02/1955
Adresse : 6 Rue Azouhar quartier palmier
CASABLANCA
Tél. : 0661324611 Total des frais engagés : 100 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Zouhar ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 mars 2ème
étage App 15 casablanca
Tel 0522 80 58 06
Date de consultation : 2 / 04 / 2024
Nom et prénom du malade : Bennani Hilu Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Coma 25-15
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie RAS
En cas d'accident préciser les causes et circonstances RAS
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 : 03 / 04 / 2024
Signature de l'adhérent(e) : Otmane

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0010509**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

MUPRAS
03 AVR. 2024
BOUZAACHANE
Matricule : 05351
Nom de l'adhérent(e) : BENNANI Otmane
Total des frais engagés : 100 + 200
Date de dépôt :

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
Dr Zouhair ABIDINE Orthodontiste 105 Avenue 2 Mars Casablanca etage App 5 Tel 0522 80 58 06	02/04/2024	D 1.6 Radio panoramique	200,00 Dht

Dental Clinic
2 Mars



Casablanca Le : 02/04/2024

BENNANI hiba

Payé ce jour la somme de :

200,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement des justifications

signature de tous

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Consultation	1.0	Coefficient DES TRAVAUX 1.0
<p>Dental Clinic 2 Mars</p> <p>Casablanca Le : 02/04/2024</p> <p>BENNANI hiba</p> <p>Payé ce jour la somme de : 100,00</p>				<p>100,00 Dht</p>
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>				<p>DETER</p>
				<p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

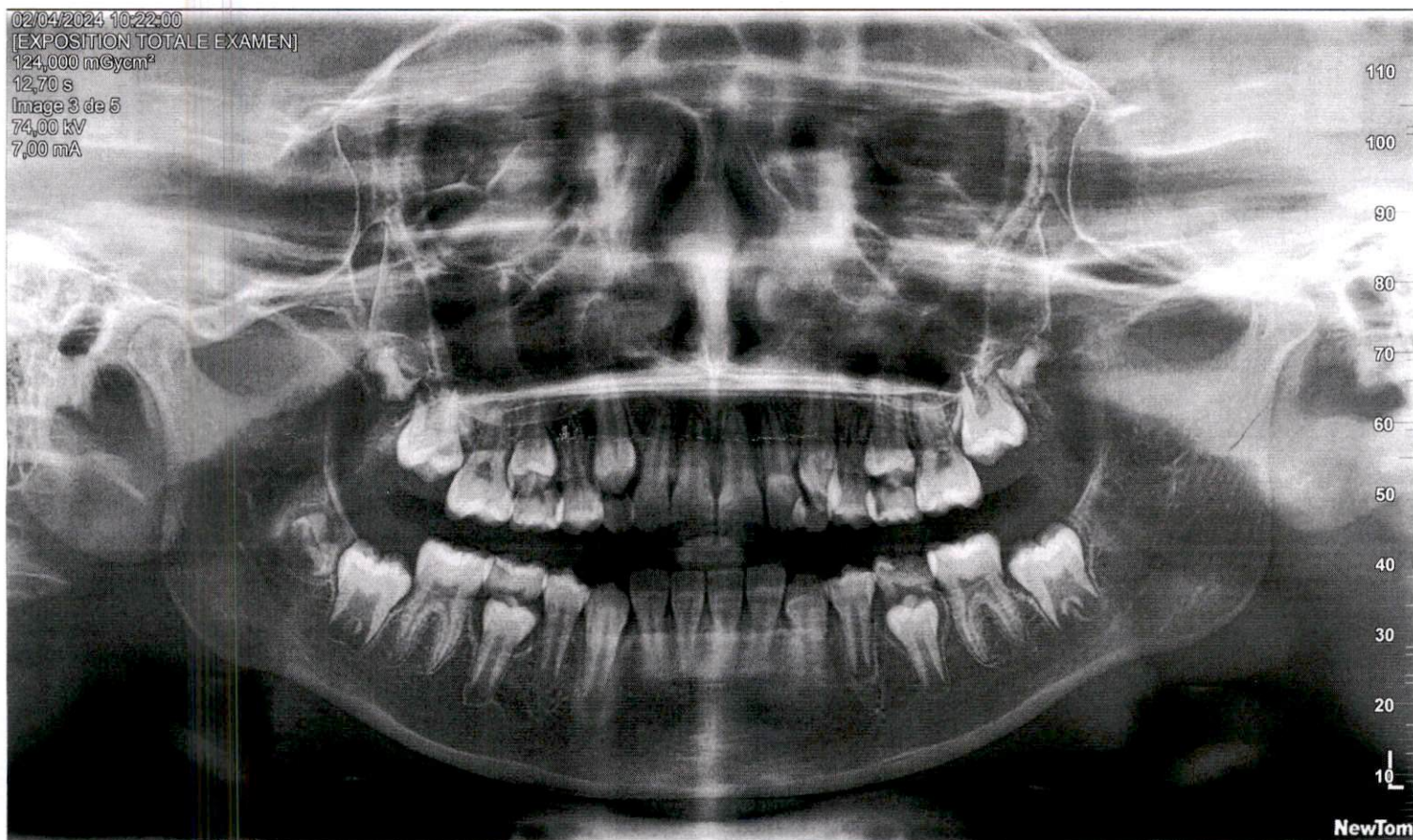
Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



DENTAL CLINIC 2MARS
DR. ABIDINE ZOUHAIR
0522 805 806

BENNANI HIBA
Date de naissance: 14/08/2014



Dr Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2ème
étage App Casablanca
Tel 0522 805 806

www.dentalclinic2mars.com

📍 105 Avenue 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca. Maroc
☎ 05 22 805 806 📞 06 96 520 109 ✉ dentalclinic2mars@gmail.com

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



PATIENTE : bennani hiba

EXAMEN(S) REALISE(S) : radiographie panoramique

TECHNIQUES :

Acquisition d'un panoramique numérique 2D.

La radiographie panoramique est un format 1/1.

Un CD est fourni comportant un logiciel de viewer permettant la visualisation de la radiographie avec des filtres différents, en plus d'outils de mesure.

RESULTAT:

- Radioclarité coronaire 75.85
- Formule dentaire complète
- Sinus : pas d'image pathologique radiologiquement décelable
- ATM : pas d'image pathologique radiologiquement décelable

Confraternellement

Dr Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2ème
étage App 5 Casablanca
Tel 0522 805 806

www.dentalclinic2mars.com

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Master Européen Damon
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Orthodontics & Cosmetic Dentistry

Casablanca, le 02/04/2024

FACTURE N° 218F2024

Patient(e): BENNANI hiba

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
CONSULTATION SOINS	Toutes	100,00
PANORAMIQUE	Toutes	200,00
TOTAL		300,00

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Trois cent

SCAN ME



IF : 96379920 - ICE : 002077369000026 - INPE: 094184025

Signature du Praticien
Dr. Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2ème
étage App 5 Casablanca
Tel 0522 805 806

www.dentalclinic2mars.com

105 Avenue 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca. Maroc
05 22 805 806 06 96 520 109 dentalclinic2mars@gmail.com