

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 orthodontique, 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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-823126

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11232 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HANKIR Mohamed

Date de naissance : 12-09-1966

Adresse : Hay el hama Rue 34 n° 12 Casa

Tél. : 0662763468 Total des frais engagés : 1176,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Zineb MEKOUAR, Chirurgien Dentiste - Orthodontiste, 746 Bd El Oudjda, 6ème Etage Apt 1, Casablanca - Tél. : 05 22 21 51 21

Date de consultation : 17/03/2024

Nom et prénom du malade : ASSEMBAL Latifa Age : 54

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 : Casa Le : / /

Signature de 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
	27/02/24	122.20
	14/03/24	54.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 09479603																
	2 2	Extraction D10		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D10 95"/>																
	2.3	Extraction D10																		
	4 2	Extraction D10																		
	4 3	Extraction D10																		
	4 5	Extraction D10																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="1000,00 MD"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="27/02/24"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="14/03/24"/>																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																

PPV: 13DH10

PER: 11/26

LOT: M3927

23E018
10 2026

P.P.V.: 17DH70



118000 010548

DENTAIRE ET ORTHODONTIE MEKOUAR

مركز جراحة وتقويم الأسنان

PPV : 51,40 DH

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00

EXP 09/2026

LOT 36009 S

Docteur. Zineb Mekouar

Chirurgien - Dentiste
Orthodontiste



د. زينة زينب مكوار

طبيبة جراحة وتقويم
الأسنان

ORDONNANCE

Casa, le ... 24 / 02 / 24

M^{me} Assmél letife

51,40

1) Amoxicil (ls)

1 cp 2x4 pdt 6 jours

40,00

2) effipred (20g)

3 cp effervescent 1x4 pdt 5 jours

13,10

3) Doliprane (ls)

1 cp 3x4 pdt 3 jours

17,70

4) eludrel (30)

3x4 pdt 15 jours

122,20

à se donner le 28/02/24

710, Bd El Qods 1er Etage Appt 1, (Pâtisserie les quatre cerises) Casablanca

05 22 21 37 24 / 06 14 18 80 71 : الهاتف - الدار البيضاء - شقة 1 الطابق 1

HONDURAS: HN-C-1117-0
COSTA RICA: C-323-08
IZADO NO
22 12 25
LOT UTAV
SOKAPHARM PPC
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS

CENTRE DENTAIRE MEKOUAR

مرکز طب وجراحة الأسنان مكو

Esthétique du sourire et orthodontie

تجميل وتقويم الأسنان

Docteur, Zineb Mekouar

Chirurgien - Dentiste



الدكتورة زينب مكو

طبيبة جراحة الأسنان

ORDONNANCE

Casa, le 14/03/24

M-e Assmdd Latifr

54160

1) Peiole (get)

1 Application 397 pdt 109



= 54160



Dr Zineb MEKOUAR
Chirurgien-Dentiste - Orthodontiste
710, Bd El Qods, 1er étage Appt 1
Casablanca - T.M. 05 22 21 37 24

Diplômée en dentisterie esthétique avancée de l'université de Gênes - Italie

710, Bd El Qods 1er Etage Appt 1, (Pâtisserie les quatre cerises) Casablanca

05 22 21 37 24 / 06 14 18 80 71 : الهاتف : 1 شقة 1 الدار البيضاء - الهانف

www.centredentaireMekouar.com

Docteur MEKOUAR ZINEB

Chirurgien dentiste-Orthodontiste

710, Bd El Qods, 1^{er} Etage Appart 1 , Ain chock

Tel : 0522213724

Facture N°46/2024

Casablanca le :14/03/2024

NomDe patiente :Mme ASSEMLAL LATIFA

Date	Dents	Actes	Cotation	Montant
27/02/2024	22	Extraction	D10	200.00 dhs
29/02/2024	23	Extraction	D10	200.00 dhs
05/03/2024	42	Extraction	D10	200.00 dhs
09/03/2024	43	Extraction	D10	200.00 dhs
14/03/2024	45	Extraction	D10	200.00 dhs

La présentefacture est arrêtée à la somme de : 1000.00DHS

ICE : 001889002000031 /INPE : 094179603 /PATENTE :34080220 / IF :20740808

Dr Zineb MEKOUAR
Chirurgien dentiste - Orthodontiste
710, Bd El Qods, 1^{er} Etage Appart 1
Casablanca - Tel : 0522213724