

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

- 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° W19-506739

15 999

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIDISSI Youssef

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Rue 142 N° 157 Ain chah casa -

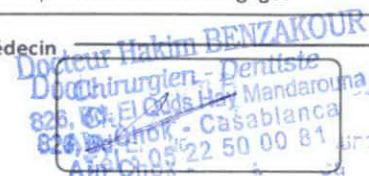
Tél. : 066025037x

Total des frais engagés : 205,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2020

Nom et prénom du malade : ELIDISSI Youssef

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ELIDISSI Youssef Casablanca

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compléter les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 3/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

24/11

ACCUEIL

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

03/01/20

205,40

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

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.

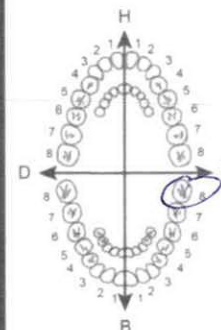
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 096180988



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(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. ZAKAROU
Chirurgien Dentiste
826, Bd. El Ouda Hay Mandarouna
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 00 81

Dr. Hakim BENZAKOUR

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Parodontologie

Diplômé de la Faculté de

Médecine de Paris VI

الدكتور حكيم بنزاكور

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في أمراض وجراحة اللثة

خريج كلية الطب بباريس VI

Casablanca le03.....04.....20.....

Elchissri yassuf

Aclav 1gr 132.00

(S.V)

1 gr 2/3 pour 1000 mg

Effipred 20 58,40

(S.V)

1 gr 1/2 pour 1000 mg

Parantal 1gr 15.00

(S.V)

1 gr 3/4 pour 1000 mg 205,40

PHARM
LAOULEVA
54, Bd El Qods
Tél.: 05 22 50 00 81
Casa

LOT : 5749
PER : 10-21
P.P.V : 132DH00

اغ 125/م
16
كيب

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 08/2022
LOT 36017

PARANTAL® 1g

PPV 15DH00
EXP 06/2021
LOT 84045 1

Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien - Dentiste
826, Bd El Qods Hay Mandarouna
Aïn Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 50 00 81

826, شارع القدس، حي منظرؤنا - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 00 81
826, 1er étage, Bd El Qods, Hay Mandarouna - Aïn Chock - Casablanca - Tél. : 05 22 50 00 81