

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-690142

Couvert.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	412	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	L'AAROUSSI SAADIA
Nom & Prénom :		105121	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____ **Le :** _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-690142
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).	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES				
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte justifié et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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	
		<ul style="list-style-type: none"> - Détartrage (D2 + D2) Haut et Bas Consultation (C) - Curage Paro-dontale (Parodontite générative) (D40) 	<p>Coefficient des $D_2 + D_2 = 12 + 12 = 24$ Montant des soins 300 DHS</p> <p>Début d'exécution 28/10/2021</p> <p>Fin d'exécution 28/10/2021</p>	
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			
	D	H	G	
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT	NOM :		Mle	
DECLARATION N°	W17-118091			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				

MUPRAS		W17-118091	DATE DE DEPOT
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc			/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>Leila</i>	
Nom & Prénom <i>Laagnoussi Saadia</i>		Saadiya	
Fonction :		Phones :	
Mail :		Laaexxx	
MEDECIN	Prénom du patient	<i>Laagnoussi Saadia</i>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>01/01/1952</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>chirurgie Buccale (Curage parodontale détartrage)</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		<i>3350 DHS</i>	
PHARMACIE		Date <i>20.01.2021</i>	
Montant de la facture		<i>102.02</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <i>28/10/2021</i>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<i>Radio panoramique (Z15)</i>		<i>250 DHS</i>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. EL HADRI Abdellah CHIRURGIEN DENTISTE Tel: 0539 33 31 63 / 0539 94 72 25 10, Angle Rue des et Rue Ibn Touil 1er étage Office Sidi El Mekki

Dr. EL HADRI Abdellah CHIRURGIEN DENTISTE Tel: 0539 33 31 63 / 0539 94 72 25 10, Angle Rue des et Rue Ibn Touil 1er étage Office Sidi El Mekki

Dr. EL HADRI Abdellah CHIRURGIEN DENTISTE Tel: 0539 33 31 63 / 0539 94 72 25 10, Angle Rue des et Rue Ibn Touil 1er étage Office Sidi El Mekki

Dr. EL HADRI Abdellah CHIRURGIEN DENTISTE Tel: 0539 33 31 63 / 0539 94 72 25 10, Angle Rue des et Rue Ibn Touil 1er étage Office Sidi El Mekki

Dr. EL HADRI Abdellah
CHIRURGIEN DENTISTE

Spécialiste en Orthodontie
Chirurgie Buccale et implantologie
Spécialiste en Orthodontie

Tanger, 2022-01-20 10:01:10

ORDONNANCE MEDICALE

Patient : LAAROUSSI Saadia

BIRODOGYL

1 comp/ 3 fois par jour

DOLIPRANE 1g

1 comprimé 3 fois/j pendant 7j

101
PER. 2024-01-20
BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00
S 118000 060567



CACHET ET SIGNATURE

INP: 164167918 - IF: 36403157 - ICE : 001659352000050
13, Angle rue Fés et rue ibn toufail, Imm. Office Building, Tanger
Tél: 05 39 94 72 25 | 05 39 33 31 63 - Mob: 06 62 65 27 53 | 06 62 81 05 57

Dr. EL HADRI Abdellah

Spécialisé en Orthodontie et Prothèses
Chirurgie Buccale et Implantologie

FACTURE

Tanger, le 28/01/2022

Facture N° : 22362

Patient : **Saadia Laaroussi**

Mode paiement : ESPECES

Les honoraires reçus, dont le montant en Dirham : **3350 dh**

Pour la réalisation des actes suivants :

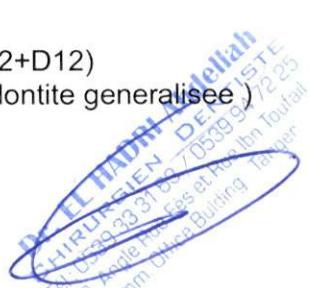
Consultation (C)

Radio panoramique (Z15)

Détartrage haut et bas (D12+D12)

Curtage paro-dontale (parodontite généralisée)

(D40)

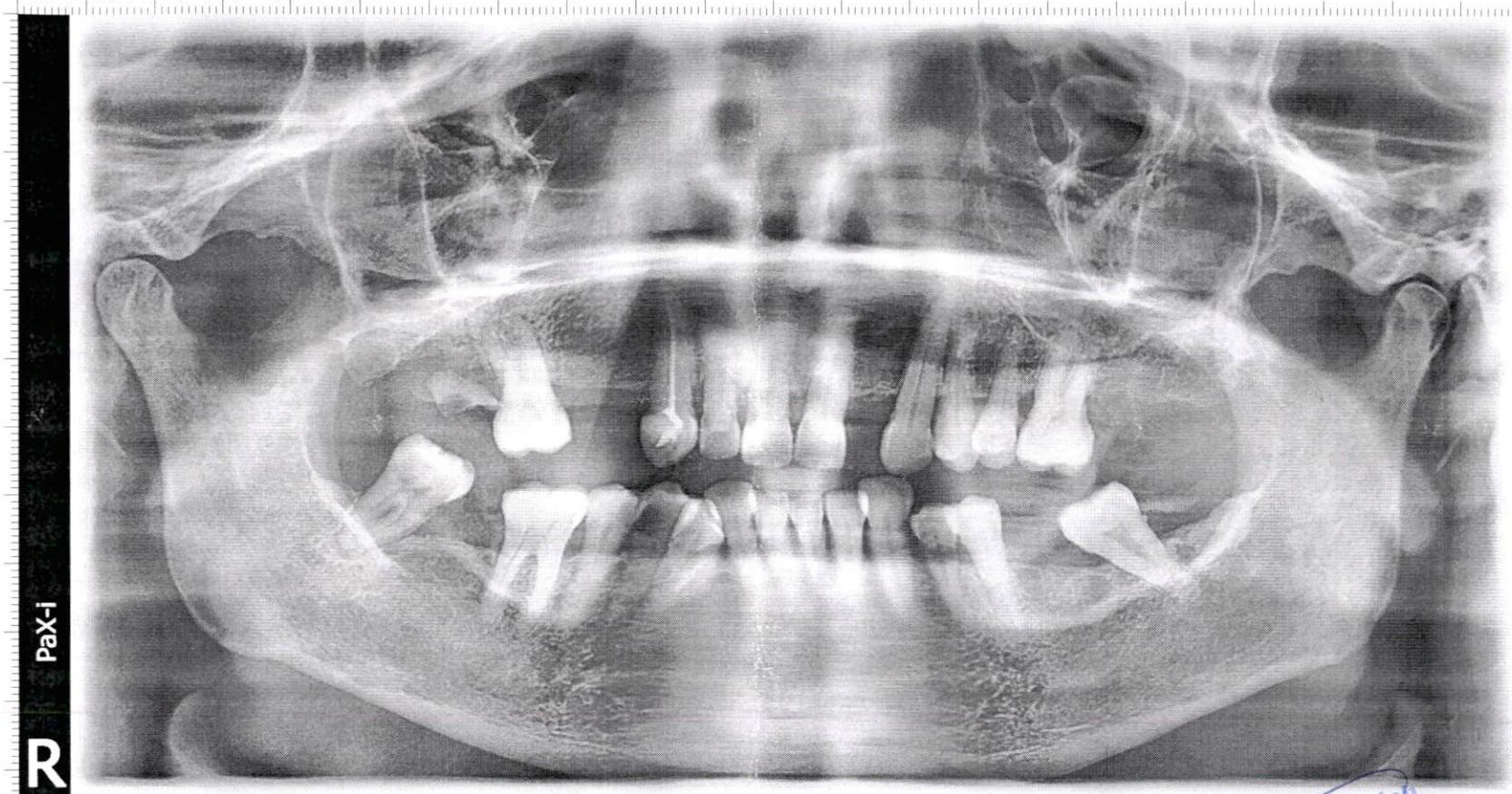


Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille trois cent cinquante dirhams

INP: 164167918 - IF: 36403157 - ICE : 001659352000050
13, Angle rue Fés et rue ibn toufail, Imm. Office Building, Tanger
Tél: 05 39 94 72 25 | 05 39 33 31 63 - Mob: 06 62 65 27 53 | 06 62 81 05 57

Name : SAADIA, LAAROUSSI(Femme) Chart No : 20211028_121716
Date of Birth : 1952/01/01(YYYY/MM/DD)



Pax-i

R

Date of Recording : 2021/10/28 PM 12:19:57
kVp : 72.0 mA : 10.0 DAP : 1.1948

Dr. EL HADRI Abdellah
CENTRUBTEEN DENTISTE
Tel. 0523 21 63 / 0538 55 123
12, Angle Rue El et Rue Ibn Toufail
Imm. Office Building Tanger