

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.



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

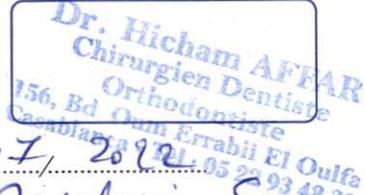
N° M20- 0007974

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05483 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Aoudani Saïd
 Date de naissance : 20/07/1963
 Adresse : BLOC 528 NR 836 DB RAJA 1
 H/HASSANI CASABLANCA
 Tél. : 06 61 39 53 54 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 21/07/2022
 Nom et prénom du malade : Aoudani Saïd Age : 56
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : end
 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 : 21/07/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/07/22 | Dev | | 9 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 21/07/22 | RX panoramic | 200,00 |
| | 21/07/22 | RX de prof | 200,00 |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 :

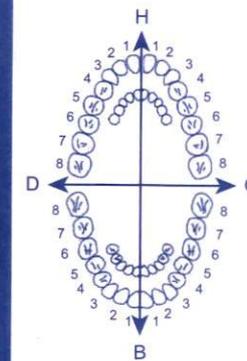
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

| | |
|--|--|
| | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | 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

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Aoudani Sara

Casablanca, 21/07/2022

COMPTE RENDU

RADIO PANORAMIQUE :

- Dents de sagesse incluse .
- La 23 ectopique .

RADIO DE PROFIL :

- Patiente hyper divergente .
- Proalvéolie supérieure .

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabi El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 93 48 38

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 21/07/2022

Mlle Sara AOUDANI

RADIO PANORAMIQUE

TELERADIO DE PROFIL

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabi El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 93 48 38