

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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 27 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-684728

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5123

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

FATHEDINE & Hama Vane Fekhi Abdelhak

Date de naissance :

Adresse :

Fauk EE Aflac Dub Agade Tamer

Tél. :

0662497026

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. BOUDHIR
Chir. Dentiste

Date de consultation :

30/05/2022

Nom et prénom du malade :

FATHEDINE CHAMA Age: 46 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Desmodontite

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 : / /

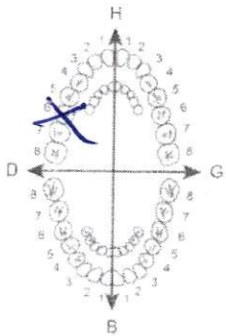
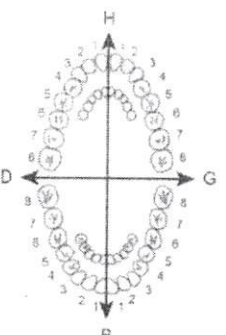
Signature de l'adhérent(e) :

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
Pharmacie IBN SINA HALIB ABDERRAHIM Av. my Rachid Taroudant Tél : 028 45 07 91	30/05/22	184,30
	06/06/22	5500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. HIND BOUDHIR Chirurgien Dentiste	30/05/22	21	5600dh

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094166744														
	16	consult	28 (D-10)	COEFFICIENT DES TRAVAUX 28														
	16	cur	28 (D-10)															
				MONTANTS DES SOINS 28000dh														
					DEBUT D'EXECUTION 30/05/22													
					FIN D'EXECUTION 06/06/2022													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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>D</td> <td>G</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> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr Hind BOUDHIR

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la Faculté de Médecine

Dentaire de Casablanca



الدكتورة هند بودهير

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان

بالدار البيضاء

Taroudant, le 06/06/2022 في

M. FATHEDDINE CHAMA

Dr. Hind Boudhir (signature)
Pharmacie IBN SINA
HALIB ABDERRAHIM
Av. my Rachid Taroudant
Tél : 028 55 07 91



pharmacie

Dr. Hind Boudhir (signature)
(BB)

Dr. Hind Boudhir (signature)

07/06/2022

Dr. Hind BOUDHIR
Chirurgien Dentiste
الدكتورة هند بودهير
طبيبة جراحة للأسنان
Tél : 028 55 02 67

شارع ولي العهد، رقم 34، الحداثة - تارودانت

N° 34, rue prince héritier, El Haddada - Taroudant

الهاتف : 05 28 55 02 67

Dr Hind BOUDHIR

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la Faculté de Médecine

Dentaire de Casablanca



الدكتورة هند بوهير

طبيبة جراحة للأسنان

أخرجة كلية طب الأسنان

بالدار البيضاء

Taroudant, le 30/6/2022 في

M FATHEDDINE CHAMA

12/5/20
① - Biotrophyl (sachets) !

1 sachet en pht

2220
② - Codolpa (820)

1/1/20
③ - El-dil (800)

شارع ولي العهد، رقم 34، الحدادة - تارودانت

N° 34, rue prince héritier, El Haddada - Taroudant

الهاتف : 05 28 55 02 67

Pharmacie IBN SINA
HALIB ABDERRAHIM
Av. My Rachid Taroudant
Tél : 028 55 02 67

Dr Hind BOUDHIR
Chirurgien Dentiste
بالدار البيضاء

PPV: 55.00 DH
LOT: 648421
PER: 11/23

PPV: 55.00 DH
LOT: 648420
PER: 10/23

PPV: 22DH20
PER: 10/23
LOT: K2784

BIOTIC PLUS 1g/15mg

Poudre pour suspension buccale ou sachet

Bouteille de 14 sachets - PPV : 125.00 DH



6 118000 191025