

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

CASA A.P.

90
130
V.A

Maladie
 Dentaire

Matricule : **13439**
Société : **Royal Air Maroc**

Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

Nom & Prénom : **Soubairia Zenagui**
Date de naissance : **15.06.1998**

Adresse : **98 Boulevard Alaa Al Maarij Immeuble Atkhatibé Appt N°30 - Tanger**
Tél. : **0602565432**
Total des frais engagés : **200**

ACCUEIL
20 SEP. 2022

MUPRAS
H. 28 KANI

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **الدكتور قيدى عبد الله**
Dr.KAIDI Abdellahab
Chirurgien Dentiste
DENTISTE ESTHETIQUE - DENTISTE
9,Rue Abou Alaa Al Maarij Immeuble
Atkhatibé Appt N°30 - Tanger
Tél/Fax: 05 39 94 07 33

Date de consultation : **07/07/2022**

Nom et prénom du malade : **Soubairia Zenagui**

Lui-même
 Conjoint
 Enfant

Nature de la maladie : **RADIO PANADURA MZQ**

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 : **Tanger** Le : **07/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant	الدكتور قيدري العلوي هار
	07/07/2022	D T/6	des honoraires	Dr. KADY ABELLOUCHAB Chirurgien Dentiste DENTISTE - ESTHETIQUE - IMPLANTOLOGIE 9, Rue Abou Alac Al Maarri Immeuble Al khatibie App. N°30 - Tanger Tél / Fax : 05 39 94 07 33

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 16 410 36 380 Dr. KALIDI Abdellah Chirurgien Dentiste DENTISTE ESTHETIQUE - IMPLANTOLOGIE 9, Rue Abdessaleh Al Maarri Immeuble Al khatib Abdellah 30 - Tanger Tel / Fax : 05 39 94 07 33												
	W	C.		MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
B																
	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. KAI DI ABDELOUAHAB

Chirurgien-Dentiste

INP : 164026874

Dentisterie -Esthétique

Implantologie

FACTURE

Tanger, LE 07/07/2022

NOTE D'HONORAIRES

Mme/zenagi soukaina

Date	DENTS	Acte	HONORAIRE S
07/07/2022	H/B	RADIO PANOURAMIQ	200H
		TOT	200dhs

Arrêter la présent FACTURE a la somme de DEUX CENT dhs

الدكتور قبلي عبد الوهاب
Dr-KAIDI Abdellouahab
Chirurgien-Dentiste
DENTISTERIE - ESTHETIQUE - IMPLANTOLOGIE
5, Rue Abou El Azaiez Maari - Maroc
Al khatibe Apt N°30 - Tanger
Tél/ Fax : 05 39 94 07 37

CABINET DENTAIRE AL MAARI

I.C.E : 001603057000025 / I.F : 18787455 / N° TVA : 50452346 / R.C : 76069 / CNSS : 4508357

ADRESSE : 21, Rue Finikiyen RES. Baraka, Tanger / N° Fixe 1 : +212 539 33 16 96 / N° Fixe 2 : +212 539 37 42 89

GSM : +212 696 66 51 42 / www.dentalwave.ma

Zengagui Sorkasius

Date de naissance: 12\06\1983

Identifiant du patient: C43E7AC-1A8-4335-A60-D8B828280E

07\07\2022 13:20:08

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

33.000 mGy²

15.70 s

Image 2 de 2

16.00 kV

8.00 mA



New!