

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 :

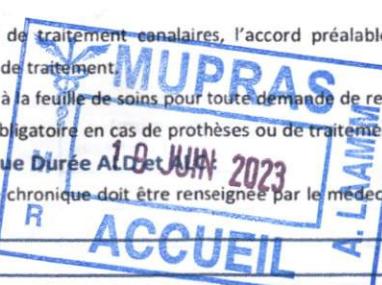
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

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 ADT et ALD

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-682106



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

165762

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 6492 Société : M. M. M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Lamine M. M. M. Date de naissance : 18/09/1967

Adresse : 156, Bd. Oum Errabbi El Ouleh, Casablanca - Tél. : 05 22 23 43 42

Tél. : 066 10 86 80 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin
Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabbi El Ouleh
Casablanca - Tél. : 05 22 23 43 42

Cachet du médecin : Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : Lamine M. M. M. Age : 57

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cyste

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Sachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/06/23	Cast	—	67	INPI 804149390

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of teeth treated: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)																
				INP : <input type="text" value="11111111"/>																
				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 PROTHÉSES 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 colspan="2">-</td> <td colspan="2">-</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-		-		B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
-		-																		
B	35533411	11433553																		
G																				
		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"/>																		

Docteur Hicham AFFAR
CHIRURGIEN DENTISTE
Diplôme de la faculté de medecine 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 13/06/2023

Mr. MOHAMMED LAMAIZI

RADIO PANORAMIQUE

D^r. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabbi 1er Etage - El Oulfa
Casablanca 20222
Télé : 05 22 93 48 38 - 05.22.93.48.39
Email : dr.hichamaffar@gmail.com

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine 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 بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

LAMAIZI MOHAMMED

Casablanca, 13/06/2023

COMPTE RENDU

- Entement total au maxillaire .
- Edentement bilatérale à la mandibule .
- Réstaurations prothétiques multiples .

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casablanca - 1010 - 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 بوربون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE : 001758290000007 - INP : 094149390 - IF : 51457012 - N° Cnss : 7018311 - N° patente : 35015436

Note d'honoraires

Mr. LAMAIZI MOHAMMED

Casablanca, le 13/06/2023

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
	13/06/2023	Radio-Panoramique			200,00

Montant global : **200,00 MAD**

Mode de paiement : **Espèce**

DEUX CENTS DIRHAMS

D^r. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casablanca - Tel : 05 22 93 48 38