

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.



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

Déclaration de Maladie

192919 M22- N° 002521

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 822 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMZA ZOHRA

Date de naissance : 13/8

Adresse : 2-30 N°42 Sidi Othmane Casablanca

Tél : 06 72 73 60 56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAHDI NAÏMA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste Enfant et Adulte
Av. 10 Mars Bloc 58 N°119 - 2ème Etage
Sidi Othmane Casablanca - Tél: 05 22 55 55 12
Email: dr.chahdi@yahoo.fr

Date de consultation : 02 / 01 / 2024

Nom et prénom du malade : HAMZA ZOHRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/07/24	137,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

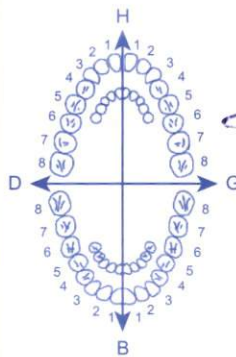
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

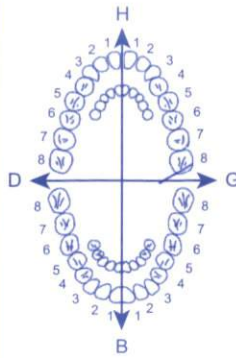
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		C / DS	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="DS"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="100,-"/>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text" value="02/01/24"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	H													
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
		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 CHAHDI NAÏMA

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontiste de l'enfant et de l'adulte
Lauréat de la faculté de médecine
de Dijon France



الدكتورة شهدي نعيمة

طبيبة جراحية للأسنان

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان
كبار و صغار
خريجة كلية الطب بدجون، فرنسا

Casablanca, Le : 02-01-2024

126²⁹ 4^{me} Hamza Zahra

1/ Augmentin 1g / 2 - 0 1
2/ Kin (BB) 3 fois / x2 (flacons)
3/ oropropolis (spray) / 3 fois
4/ Perickin (spray) (2 Boîtes) flacons
69⁰⁰ 3 fois

137⁵⁰

صيدلية نسرين
PHARMACIE NISRINE
Dr. Abdeljabbar HILLAL
Av. 10 Mars Bloc 58 N°80 Sidi Othmane
CASA - Tél : 05.22.55.77.03

الدكتورة شهدي نعيمة
Dr. CHAHDI NAÏMA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste Enfant et Adulte
Av. 10 Mars Bloc 58 N°119 - 2^{ème} Etage
Sidi Othmane Casablanca - Tél: 0522 55 55 12
Email : dr.chahdi@yahoo.fr

Perio
KID

Spray

LOT

UTAV

SOKAPHARM

69 00

KIN

Gingival

Encías Gengivas

Gums

23

LOT

02 26

UTAV

SOKAPHARM

PPC

68 50