

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.

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



Ce devis annulé et remplacé Liancien
Am-g de ruybae
29810

Déclaration de Maladie : N° S19-0050968

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10263 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SENBALI Mina Date de naissance : 08/06/1968
 Adresse : Az Har II OULFA 86, Rue G8 Casablanca
 Tél. 06269 88 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2023
 Nom et prénom du malade : Senbali Mina Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Soins et prothèses dentaires
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0050968

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

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

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

156, Bd. Oum Errabii 1^{er} Etage - El Oulfa
Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20220



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان
من جامعة بوركوون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان
من جامعة تولوز

156. شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول
الهاتف: 05.22.93.48.38 - الدار البيضاء

Casablanca, le 20/11/2027 في الدار البيضاء.

À M^{le} le Directeur de la MUPADS

Je vous informe que la couronne sur
la 15 était non repertoriée et se désolidarisait
souvent d'où la nécessité de la refaire
veuillez accepter à M^{le} le Directeur mes sincères

Salutations

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

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Déclaration de Maladie

N° W21-723649



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

PEC
pour RXPARTO voir N°: 12 92 78

a mutuelle

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10263 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : SENZALI Tina

Date de naissance : 08/06/1968

Adresse : 86 Rue 68 Azhari II 2^e étage ou 6a Casablanca

Tél. : 0608520963 / 0661 00 00 96 Total des frais engagés :

Cadre

Cachet du méd : *Annule et remplace*

Date de consu : 2

Nom et prénom : Tina

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins et prothèses dentaires

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

MUPRAS
15 SEP. 2022
RECEPTION-PEC

MUPRAS
14 SEP. 2022
ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-723649

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures 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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de																		
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
		3 7	Ext	Dno														
		3 8	Ext	Dno														
		-	Del	D24														
				INP : 094149390														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX D44														
				MONTANTS DES SOINS 1100,00														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX D620														
	<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			MONTANTS DES SOINS 12400,00														
	Demande d'accord: 2 Fm : 15-16 D12 et D60 2 ccn : 15-16 D12 et D24 Stellite remplace les dents : (15-16-24) D12 et D40			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PARTICIEU ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC																		

CASABLANCA, Le 12 octobre 2022

DR. AFFAR HICHAM
156 BD OUM RABII
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
Identifiant adhérent : 010263_1968-07-03_MINA
N/REF : 20222850017851
Adhérent : SENBALI MINA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MINA SENBALI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **8900.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 12-10-2022 au 12-01-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MINA SENBALI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

S/A Rx opéré

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS : (8)

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge.
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens.
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- **Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.**

* Pour information, la part adhérent : **890.00 MAD**



N° Dossier: 129810 
N° Dossier externe: PEC-10263-15/09/2022
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: SENBALI MINA
Situation: En attente 
Sous-situation: Demande PEC 
Date de début: 15-09-2022 
Date de fin: 15-09-2022 
Date de saisie: 15-09-2022
Événement: 

Liste de devis [+]

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
28-10-2022	ACC D44+ D390 EXT 37+38+DET2S ET IC+CCM 16 ET STELL SUP 3 DENTS 12 26 27 S/R RX APF ET REJET DE IC+CCM 15 CAR DEJA FAIT SUR RX AVANT

RES DR AFFAR