

[illegible][illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS											
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et les soins.											
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou d'actes chirurgicaux ainsi que le bilan de l'ECOF.											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins									
			MONTANTS DES SOINS								
			DEBUT D'EXECUTION								
			FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>214933552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412 00000000	214933552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G									
	25533412 00000000	214933552 00000000									
	D	B									
	00000000 35533411	00000000 11433553									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS								
	CCM 47		DATE DU DEVIS								
			DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Abdelhak AMOR
ORTHOPÉDISTE
76, Bd. GHAUCHE, Résidence
El-Khair, BP 111 101 El-Eja
Hay Mohammadi - Casa
Tél : 25 22 61 84 28

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الطيف عمور
طبيب نسوج الأسنان
78 شارع الحزام الكبي، إقامة الخير الرقم 111
الطابق الأول - الحي الحمصي - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 61 84 28

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-448610

6426

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

CA

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2273

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

K. BELGHITI, A

Date de naissance :

19/09/52

Adresse :

94 lot elchamssa S. M

Tél. :

06 66 19 85 59

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abdellatif AMOR

ORTHODONTISTE

Cachet du médecin :

75, Bd. Grand Ceinture Résidence

El Kheir Apt. 111, 1er Etage

Hay Mohammadi - Cas

05 22 20 45 45

28 OCT. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BELGHITI ABDERRAHMAN

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

2 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

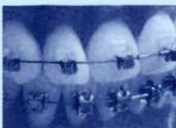
[Signature]

Docteur ABDELLATIF AMOR

Chirurgien Dentiste

Orthodontie - Soins - Prothèses

Diplômé de la Faculté de Médecine
Dentaire de Monastir



الدكتور عبد اللطيف عمور

طبيب جراحي للأسنان

تقويم - علاج - ترميم

دكتور دولة في طب وجراحة الأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالمنستير

Casablanca, le : 09.10.2019

FACTURE

Je soussigné Certifie M AMOR - A
avoir reçu la somme de 2500, deux mille cinq cent
de M^r BELGHITI ABBERRAHMAN Comme honoraire
pour la réalisation des prothèses dentaires
suivantes : CCN 47

Cette facture est délivrée à l'intéressé
pour faire valoir ce que de droit

الدكتور عبد اللطيف عمور
طبيب تقويم الأسنان
78 شارع الحزام الكبير - إقامة الخير، الرقم 111 الطابق الأول - الحي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.61.84.28
الطابق الأول - الحي المحمدي - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22.61.84.28