

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

6348

N° W19-463505

~~PA~~ ~~Ad~~

Remb.

CASA - ANFA

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11461

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : KADJAT NAWAL

Date de naissance : 26/11/1977

28 OCT. 2019

Adresse :

Tél. : 0665700783

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd. Bir Anzarane
Tour 3, Appt. 3 - Casablanca
Tél : 05 22 36 10 39

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KADJAT Nawal

Age : 26/11/77

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : Casablanca

Le : 26/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | 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

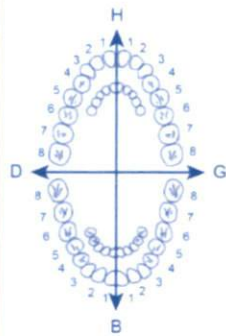
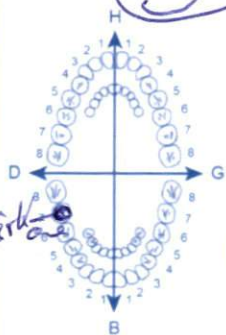
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|---|----------|---|----------|---|----------|---|----------|--|
|  | | | | 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. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 21433552 | D | 00000000 | G | 00000000 | B | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| G | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| Dr. Hassan M. BELKADY VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Romandie II Bd. B. Antivane Tour 3, Appt. 3 - Casablanca Tél : 05 22 36 10 39 | | | | Dr. Hassan M. BELKADY VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Romandie II Bd. B. Antivane Tour 3, Appt. 3 - Casablanca Tél : 05 22 36 10 39 | | | | | | | | |

DR HASSAN M. BELKADY, D.D.S.

CHIRURGIEN - DENTISTE
IMPLANTOLOGISTE

Diplômé de Georgetown University
Washington D.C.

Certificat en prothèse fixe
Certificat en Implantologie de l'hôpital
Jamaica, New-York

Membre de l'association Américaine dentaire
Membre de l'academie Américaine d'implantologie

Ancien Chef de service Dentaire
Polyclinique Hay Hassani C.N.S.S.

الدكتور بلقاضي محمد حسن

طبيب جراحي للأسنان

امبلا نتولوجيست

خريج بكلية جورج تاون بواشنطن

22/10/2019

Casablanca, le.....

NOTE D'HONORAIRES N°87

NOM : KADJAJ
PENOM : NAWAL
ADRESSE : LOT HADJ FATEH N°54 OULFA -CASABLANCA
TELEPHONE : 0665100783

PROCEDURES ETABLIES:

ZIRCON / 47.....5 000,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE NOTE D'HONORAIRES A LA SOMME DE :

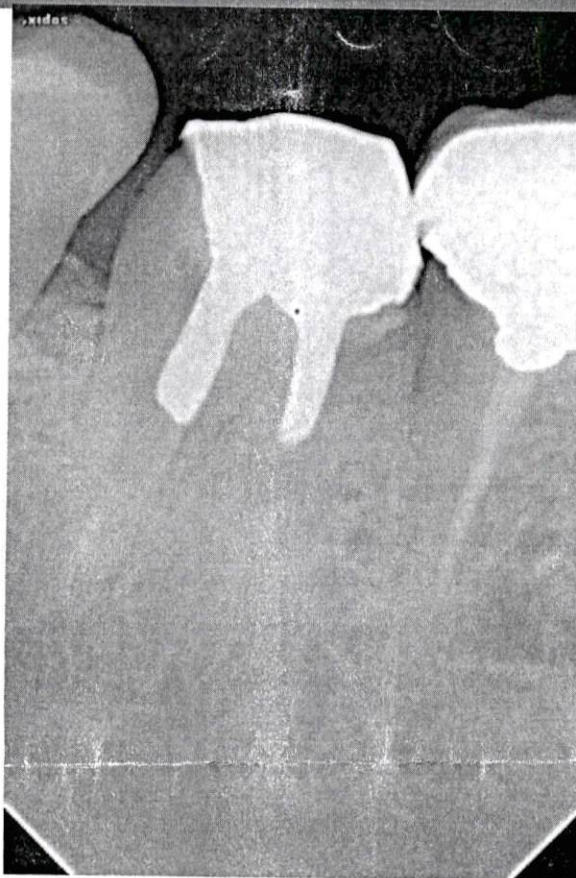
***** CINQ MILLE DIRHAMS *****

Dr. Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd Bir Anzarane
Tour 3, Appt 3 - Casablanca
Tél: 05 22 36 10 39

Dr BELKADY Hassan
CHIRURGIE- DENTISTRY
IMPLANTOLOGIE
Diplomé de Georgetown University
Washington D.C.
ROMANDIE II TOUR 3 APPT 3
CASABLANCA

Mme Nawal KADJAJ
LOT HADJ FATEHN° 54 OULFA
CASABLANCA

Né(e) le : 26/11/1977
Numéro INSEE : 7010



Handwritten red signature

01 OCT 2019

Date du cliché : 26/09/2019

Localisation : 47

Commentaire : DENT A COURONNER

Dr. Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd. Bir Anzarane
Tour 3, Appt. 3 - Casablanca
Tél : 05 22 36 10 39

Dr. BELKADY Hassan
CHIRURGIE- DENTISTERY
IMPLANTOLOGIE
Diplomé de Georgetown University
Washington D.C.
ROMANDIE II TOUR 3 APPT 3
CASABLANCA

Mme Nawal KADJAJ
LOT HADJ FATEHN° 54 OULFA
CASABLANCA

Né(e) le : 26/11/1977
Numéro INSEE : 7010



Date du cliché : 25/10/2019

Localisation : 47

Commentaire : ZIRCON

Dr. Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd. Bir Anzarane
Tour 3, Appt. 3 - Casablanca
Tél : 05 22 36 10 39