

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

- 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'Horizon
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° W19-482360

6678

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13052 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BEKKARI Othmane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2441 Total des frais engagés : 2000 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2019

Nom et prénom du malade : BEKKARI Othmane Age :

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

Nature de la maladie : Fil de contention

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) :

[illegible][illegible][illegible]

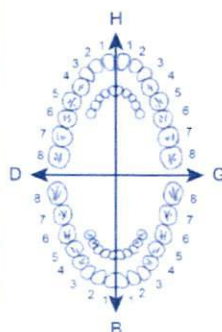
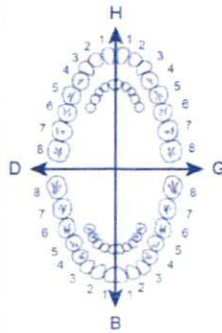
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0914012499																								
	15/10/19	Exécution pour fil de Carthage		COEFFICIENT DES TRAVAUX 075																								
				MONTANTS DES SOINS 2000,00 M																								
				DEBUT D'EXECUTION 15/10/19																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.			DATE DU DEVIS																								
				DATE DE L'EXECUTION																								

**CABINET D'ORTHODONTIE
DU MAARIF**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

44, Rue Abou Abdellah Naïli Maârif
Casablanca (Face Parking du Marché)
Tél. 23-57-88 / 23-57-93

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**CABINET D'ORTHODONTIE
DU MAARIF**

44, Rue Abdou Abdellatif Naïli Maarif
Casablanca (Face Parking du Marché)
Tel: 23-57-88 / 23-57-93

Dr. M'CHACHTI ABAKHTI Ali

ORTHODONTISTE

SPECIALISTE EN ORTHOPEDIE DENTO - FACIALE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

ORTHODONTIE EXCLUSIVE

Adultes ET ENFANTS

44, rue Abou Abdellah Nafii
(Face Parking du Marché) Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 23 57 88 - Tél./Fax : 05 22 23 57 93
e-mail : dr.mchachti@iam.net.ma



Casablanca, le 15/10/2019

F A C T U R E

Patente : 35712419 - ICE : 001841066000032
IF: 40703639 - CNSS: 2570382

Me. BEKKARI Houda

Nous soussignés, **CABINET D'ORTHODONTIE DU MAARIF**,

attestons avoir reçu la somme de **2 000,00 dirhams**,
(Deux mille dirhams)

de **Me. BEKKARI Houda**, pour le *Fil de Contention*

Dr. M'CHACHTI Ali
CABINET D'ORTHODONTIE
DU MAARIF
Dr. M'CHACHTI ABAKHTI Ali
ORTHODONTISTE
44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif
Casablanca (Face Parking du Marché)
Tél: 23-57-88 / 23-57-93