

D.M.

## Déclaration de Maladie

DR. № W19-477353

~~Annulé~~

## 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

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 0 Réclamation                      | <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>   |
| 0 Prise en charge                  | <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>           |
| 0 Adhésion et changement de statut | <a href="mailto:adhésion@mupras.com">adhésion@mupras.com</a> |

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 - Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - 10, Avenue Hassan II - Casablanca - Maroc

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

2020

 Actif Pensionné(e)

Société

 Autre

Nom &amp; Prénom :

ASSI DIRI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

22 OCT. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Montant de la Facture	Date	Nom du Pharmacien du Fournisseur
117,30	22-03-19	El ghazoua Megadef Assamoua Zinc Tel/fax: 03 24 79 29 4

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Net et Signature du toire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hassan S. ien Denis le Ortho Cheftchabuun Es anthicaraph@gr	22/8/19	Radi.2 paracanique Z.23	200.00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Chet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

## VOLET ADHERENT

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

#### **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	46	Traitem. Endodontique	D25	CŒFFICIENT DES TRAVAUX Dhs
	46	Obturation Coroneaire définitif (3 faces)	D15	MONTANT DES SOINS 700 DH
				DEBUT D'EXECUTION 22/8/15
				FIN D'EXECUTION 7/9/15
<b>DETERRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
	H 25533412 D 00000000	G 21433552 G 00000000		CŒFFICIENT DES TRAVAUX  
	B 35533411	B 11433553		MONTANT DES SOINS  
				DATE DU DEVIS  
				DATE DE L'EXECUTION  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
				<i>Dr. Med. Hassan SAYEGH nirurgien Dentiste Orthodontist.<sup>2</sup> place Cheffchaouen Essaouira mail : mohsayegh@gmail.com Tel : +212 62 47 35 00 Date : 22/08/2015</i>

**Dr. Mohamed Hassan SAYEGH**

*Chirurgien Dentiste*

*Orthopédie dento - faciale*

*BDS. Dip. Ortho*

*MADRID*

**الدكتور محمد حسن جعفر سائغ**

**طب وجراحة الأسنان**

**أخصائي في تقويم الأسنان**

**مدريدي - إسبانيا**

*Essaouira, le 22/8/149*

*MEABOUDRARE FJ*

*R.*

*102100 → Bin Dajjal SP*

*18130 → SP 384*

*18130 → Dolamie V  
Yenouda V*

*17,30*

*Phcier El ghazoua Mogador  
4 Place Chetchaouni ESSAOURA  
Tél : 05 24 47 55 69  
Dr ASMAA AOUAT Zineb*

**4، ساحة الشفشاوني الصويرية - ESSAOURA - Tél : 05 24 47 55 69  
E-mail : mhjsayegh@gmail.com**



**DOLAMINE®**

20 comprimés

Lot N° Date Per. :

DOLAMINE®

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 15,30 DH

6 118000 190394

Lot : 9MA082  
PER : 02/2022

BİRODOGYL  
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00



6 118000 060567

**Dr. Med Hassan Jaafar SAYEGH**

Chirurgien dentiste

Orthodontiste

4, place cheffchaouni

Essaouira, MAROC

Tél : 05.24.47.55.69

-Email : mhjsayegh@gmail.com

**Essaouira, le : 07/09/2019**

**Numéro de la patente : 47215761**

**Numéro de la Facture : 537/19**

**IF: 74715761**

**INP: 074022237**

**ICE: 001167300000043**

**A l'attention de M<sup>e</sup> ABOUDRARE IJJA**

**Objet : facture pour soins dentaire**

Madame,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous le détail de votre facture

<b>Actes</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Nombre</b>	<b>Montant global</b>
Radio panoramique	Z20	200	1	200
46 : Traitement endodontique	D25	700	1	700
46 : Obturation coronaire définitif (3 faces)	D15			
<b>Total : Neuf Cent Dirhams</b>	<b>Z20+D40</b>	<b>---</b>	<b>---</b>	<b>900</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de :**

**NEUF CENT DIRHAMS**

**Facture acquittée le : 07/09/2019**

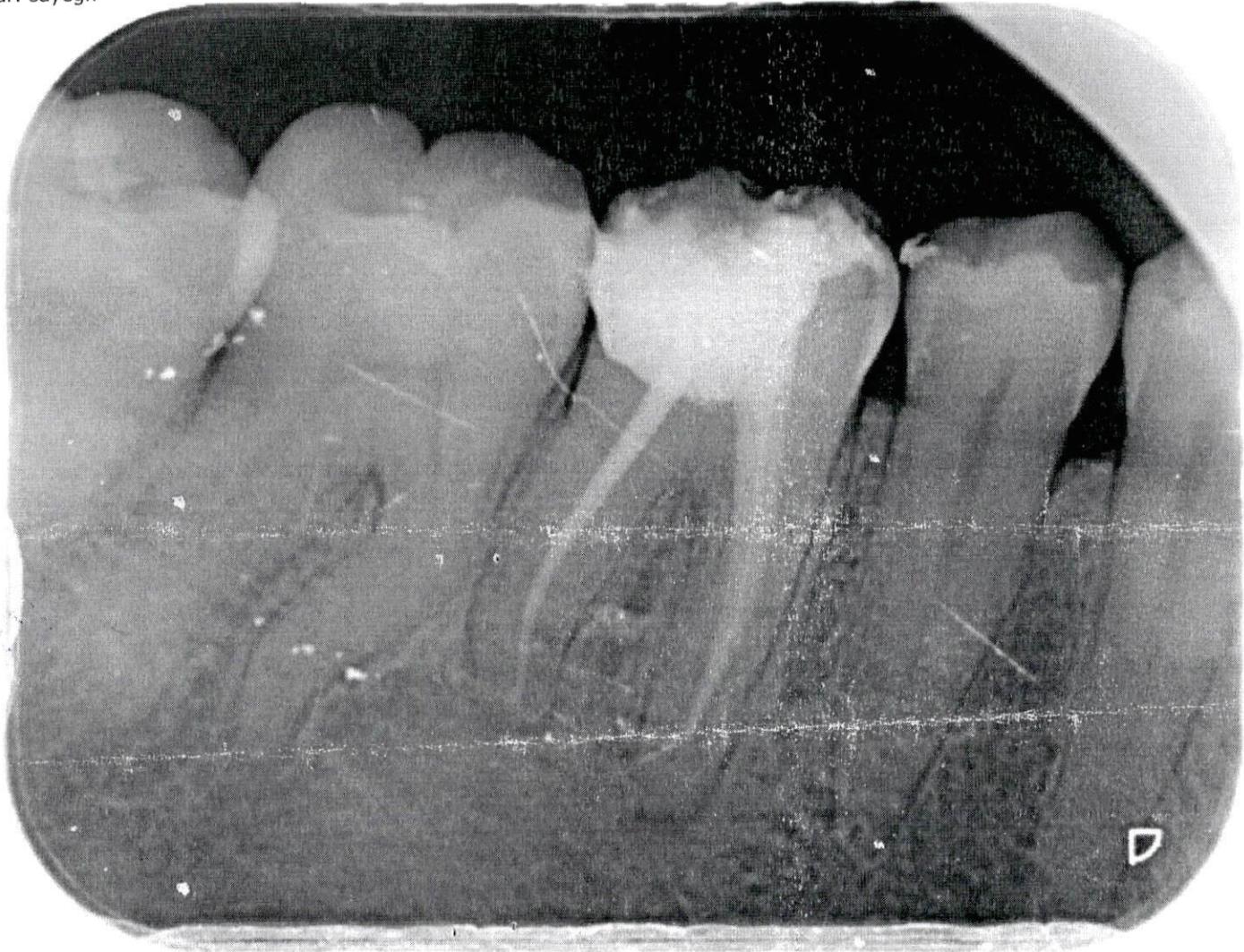
**Dr. Mohammed Hassan Jaafar SAYEGH**

Dr. Med. Hassan SAYEGH  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
4, place cheffchaouni Essaouira  
mhjsayegh@gmail.com  
0524 47 55 69

M<sup>e</sup> ABOUDRAE Ijja

Le: 04/09/2019

dr. sayegh



U6: Traitement endodontique.

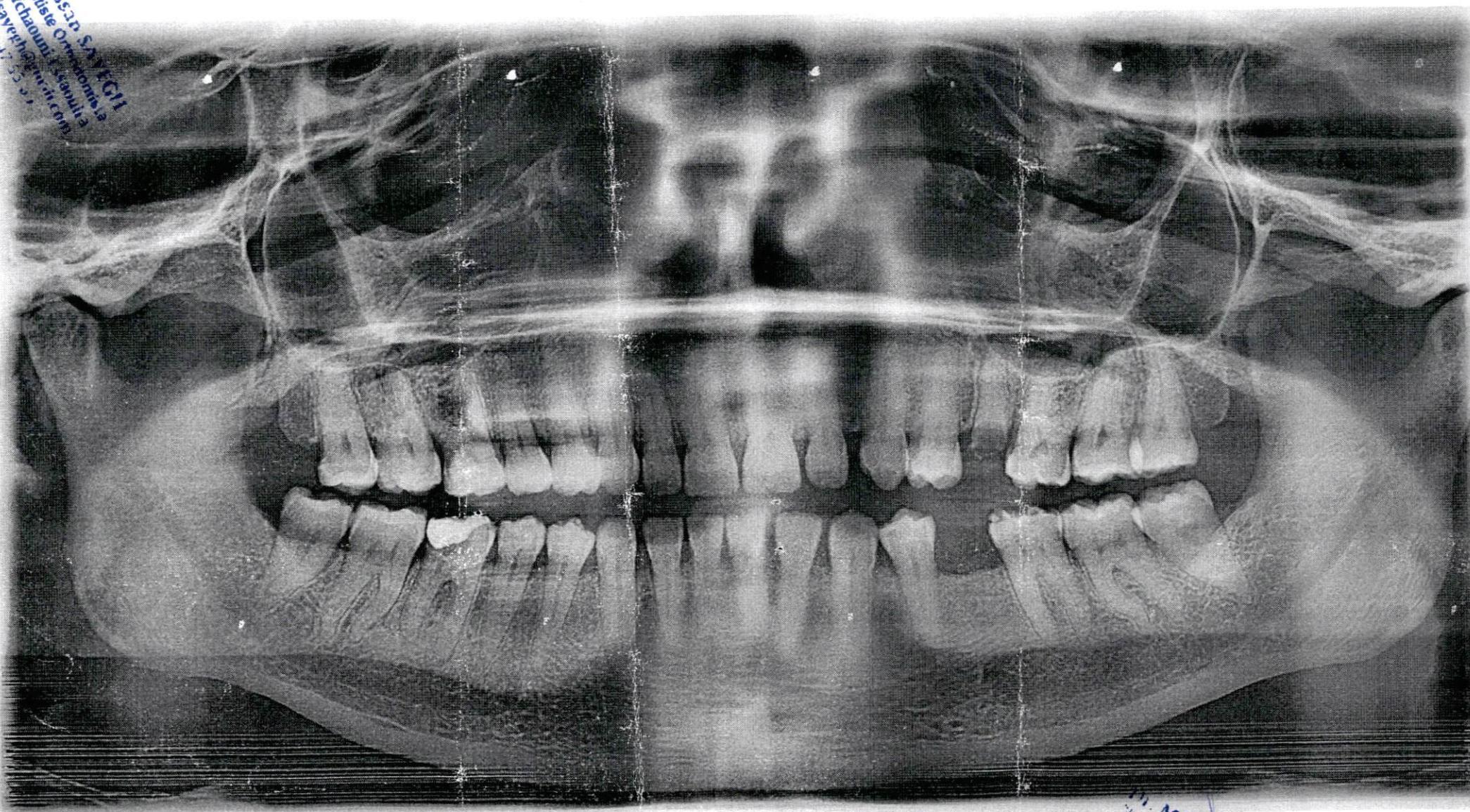
Dr. Med. Hassan SAYEGH  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
4 place Cheffchaoueni Essaouira  
Tel: 0523 217 55 03  
e-mail: mhisayegh@gmail.com

Zc ABOUDRARE Ijjn

22/08/2015

1966

D. Med. Hassan SAYEGH  
Dr. Med. Dentiste Orthodontiste  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
Cheffchaouen Essaouira  
Race Cheffchaouen  
mhsayegh@gmail.com  
Zel.



Pax-i

R

D. Med. Hassan SAYEGH  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
Cheffchaouen Essaouira  
mhsayegh@gmail.com  
17/08/2015  
1755