

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-436897

GED erroné

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **5351**

Matricule : **02196** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Choukir Zoubida**

Date de naissance : **20-01-1956**

Adresse : **N° 50 lot AL Mouzath MOHAMMEDIA**

Tél. : **06 60 46 46 13**

Total des frais engagés : **500.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **08/10/19**

Nom et prénom du malade : **Choukir Zoubida** Age : **63ans**

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

Nature de la maladie : **Extraction au Pa (18)**

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 : **Mohammed Elia** Le : **08/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **Zoubida**

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
	08/10/19	186,70

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 : 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 : 1094183662														
	18	Extraction D20		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D20"/>														
		RVG Z6																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="5000\$"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text" value="08/10/19"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Clinique Dentaire
DUPARC

www.parkdentalclinic.ma

📍 Central Park, Bd Abdelmoumen
Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia

☎ 05 23 31 15 68

✉ info@parkdentalclinic.com

Mohammedia le 08/10/2019

Patient (e) : CHOUKIR Zoubida

Note d'honoraires 582/19

Je soussigné **Dr SEBBAR Mourad** certifie avoir reçu la somme de **500 dhs (cinq cents dirhams)** et ce pour les actes suivants

- Extractions sur la 18 .
- Celle-ci est délivrée à l'intéressé (e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

Cachet et signature

ICE : 002068020000055

IF : 18756577

INPE : 094183662

Dr. Mourad SEBBAR
CHIRURGIEN DENTISTE
Central Park Bd Abdelmoumen
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 31 15 68

HYALUGEL
Acide Hyaluronique

LOT



HY SOKAPHARM

UT.AV

PPC

ADSEBBAR

Médecine Dentaire

en Orthopédie Dento-faciale

Consultaire en Radiologie Maxillo-faciale

en technique DAMON, Madrid

en d'Orthodontie Invisible INVISALIGN, Malaga

LOT : 9MA00
PER.: 02 20
BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00

BIRODOGYL
BIPHYDROXYL

15 comprimés pelliculés

Mohammedia, le 08/10/2015

84.00

C HOU KER ZOMBIDA

- Birodogyl 1g. 5102.00

1cp 2x par jour pdt 7 jours.

HYALUGEL: 584.70

3 à 4 par jour pdt 10 jours. 186.70

LA PHARMACIE DE L'AVENUE
Angle Boulevard Mohammed V
et Rue Rif - Mohammedia
Tél : 05 23 32 05 02

Dr. Mourad SEBBAR
CHIRURGIEN DENTISTE
Central Park Bd Abdelmoumen
Imm M 1er étage N° 7 MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 31 15 68

www.parkdentalclinic.ma

info@parkdentalclinic.com

Central Park, Bd Abdelmoumen, Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia 05 23 31 15 68

F

Dr. WOUHAN SEDBAK
CHIRURGIEN DENTISTE
Central Park Bp Abdelmoumen
Imm M 1er Etage No 7 MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 31 15 68

