

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'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° W19-435797

DOS n° 8824

DENTREM

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2349

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUCHAMA ABDELICAH

Date de naissance :

20. 6. 1951

Adresse :

11 Rue Abou Fawzi Ben Hamdane
Im Hamza 2 / 12 Man casa

Tél. :

0661453614

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmoumen & Rue
Abou Marouane Abdelmalek
Tél : 05 22 86 22 06 86 31 90 - Casa

Date de consultation :

13/11/2019

Nom et prénom du malade :

BOUCHAMA ABDELICAH

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Problème gingival

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 :

Casa

Le :

13 / 11 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelicah Bouchama

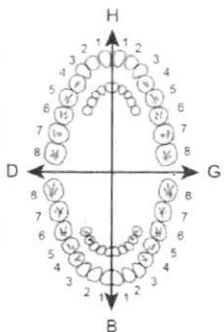
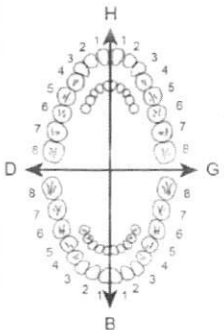
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094011467										
	-	-	Détartrage D	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> </div> <div> <p>24</p> <p>400 DH</p> <p>13/11/10</p> <p>15/11/10</p> </div> </div>										
			(Gencives)											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

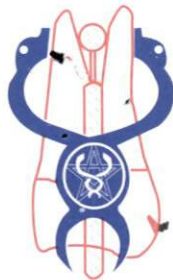
ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie

Diplôme de l'université de Bordeaux II



علي بنموسي

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

Casablanca, le في الدار البيضاء ،

13/11/19

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Monsieur BOUCHAMA ABDELLAH
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane Abdelmalek
Tél: 05 22 86 22 06 / 05 22 86 31 90

102.00

-BIRODOGYL

1CMP 3 FOIS/J 6 JOURS

6.50

-KIN BAIN DE BOUCHE

RINCAGE 3FOIS/JOUR PDT 6JRS

48.50

-PERIO-KIN

1 APP 4FOIS/JOUR 10JOURS

T=215.00

C.N.159087.9



8 470001 590879



IMPORTADO E
COMERCIALIZADO NO
BRASIL POR:
19 05 22 86 22 06
LOT
SOKAPHARM
FONE: (11)
WWW.PH
AUT.FUNK
NUMERO
25351.411538/2011-15

HONDURAS: C-0501
REP. DOMINICANA: P
Y DISTR
POR: KODI
IARISCAL
ADO PLAZ
JADOR.
O Y DISTR
POR:
IARMA S.A
N° 987 / 3. BOGOTA - C
NSOC76166

Docteur Ali BENMOUSSA

LOT : 9MA087
PER: 04/2022
BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00



6 118000 060567



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaa
20250 Casablanca

زاوية شارع عبد المومن أبو مروان عبد المالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطابق الأول - الدار البيضاء

Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage

Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90 الهاتف

ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467

ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie

Diplôme de l'université de Bordeaux II

Casablanca, le

15/11/2019

علي بنموسي

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

الدار البيضاء ، في



Facture

M. BOUCHAYA ABDELILAH

- Denture (2 dents) D 24 → 400DH.

Asiètee la présente facture a la somme de
quatre cent dh

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane Abdelmalek
Tél: 05 22 86 22 06 / 86 31 90 - Casa

زاوية شارع عبد المومن أبو مروان عبد المالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطابق الأول - الدار البيضاء
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage
Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90 الهاتف

ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467