

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

- 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

N° 8952 **RS**

Déclaration de Maladie : N° P19-0008010

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03631 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. JARIN ABDELHIZ Date de naissance : 21/11/1960

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 945,00 F Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhiz ABDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°4 Etage 2
El Oulla, Casablanca - Tél. : 05 22 89 08 61

Date de consultation : 06/08/2019

Nom et prénom du malade : A. JARIN ABDELHIZ Age :

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

Nature de la maladie : Carie + Gingivite

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 : 18/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0008010

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 03631

Nom de l'adhérent(e) : ABDELHIZ

Total des frais engagés : 945,00 F

Date de dépôt : 18/11/2019

RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	2 5	Empaste	Dr												
	2 7	Empaste	Dr												
	2 8	Empaste	Dr												
	2 8	Empaste	Dr												
<p>094184082</p> <p>Coefficient DES TRAVAUX 1.54</p> <p>MONTANTS DES SOINS 1945,00</p> <p>DEBUT D'EXECUTION 26/10/15</p> <p>FIN D'EXECUTION 18/11/15</p>															
<p>Dr. Abdelhay HADDOU Médecin Dentiste Rue Moulay Thami Lot N°91, N°4 Etage 2 El Oulfa, Casablanca - Tél.: 05 22 89 08 61</p>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>Coefficient DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelhay HADDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami Lot N°91, N°4 Etage 2
El Oulfa, Casablanca - Tél.: 05 22 89 08 61



CENTRE DENTAIRE SPÉCIALISÉ

Dr. Abdelhay HADDOU

Médecin Chirurgien - Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme Universitaire en Orthopédie dento-faciale - Faculté de médecine dentaire de Casablanca

Ex-Attaché au Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD

ICE: 002101521000053

IF: 25275727

094184082

FACTURE

Casablanca, le : 18/11/19

Mr. Eljadid Abdelhay

Décharge en 2 séances Ornat.

42,00

Grippe sur 25-27-28

Pro 3

175,00 x 3

Total # 545,00

Rue Moulay Thami, Angle BD HH 24, Lot. N°91, Etage 2, Appt. N°4 El Oulfa, Casablanca

Tél : 05 22 89 08 61

Dr. Abdelhay HADDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°4 Etage 2
El Oulfa Casablanca - Tél.: 05 22 89 08 61