

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 : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-463257

RID

15815

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9558 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JAABAR HAFID
 Date de naissance : 24/10/1969
 Adresse : VILLA C46 JOHOUR II NAKHAL RID MARRAKECH
 Tél. : 0661702760 Total des frais engagés : 1900 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Cherouf EL BOUYOUSFI
 Chirurgien Dentiste
 Appt. N° 4 Imm. E Complexe Atlasi
 Av. Allal El Fassi Bat Doukkala
 Marrakech / Tél. : 85 24 14 95 95

Date de consultation : 31/12/2019
 Nom et prénom du malade : Jaafar Ahmed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sain dentaire
 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 : Marrakech Le : 31 / 12 / 2019
 Signature de l'adhérent(e) :

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
4/12/19	17 CP	17 → D35	300,00 DH	<p>INF : 07141618626</p> <p>Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI</p> <p>Chirurgien Dentiste</p> <p>Appt. N° 4 Ann. 2 Complexe Atlas</p> <p>Av. Abdel El Fazel Ben Doukkala</p> <p>Marrakech / Tél.: 05 24 44 95 95</p>
11/12/19	CP	27 → D35	300,00 DH	
17/12/19	CP	17 → D35	300,00 DH	
18/12/19	CP	32 → D35	300,00 DH	
31/12/19	CP	36 → D35	300,00 DH	
31/12/19	Det	D25	100,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 :

Veillez 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 : 07141618626
	1 7	CP	D35	COEFFICIENT DES TRAVAUX D300
	2 7	CP	D35	
	4 7	CP	D35	MONTANTS DES SOINS 1900,00 DH
	3 7	CP	D35	
	3 6	CP	D35	DEBUT D'EXECUTION 4/12/2019
	-	Det	D25	
				FIN D'EXECUTION 31/12/2019

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G	B
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction]			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI

Docteur en Chirurgie dentaire

Parodontologie - Implantologie - Chirurgie - Prothèse

Blanchiment dentaire - Esthétique dentaire



الدكتورة شروق البويسفي

دكتورة في طب و جراحة الأسنان

أمراض اللثة - زراعة الأسنان - الجراحة - تعويض الأسنان

تبييض - تجميل الأسنان

Marrakech, le : 31/12/2019

Facture 284/19

Doit :

Jaafar Ahmed

Désignation	Montant
17 compasité → D15	300,00 DH
27 compasité → D15	300,00 DH
47 compasité → D15	300,00 DH
37 compasité → D15	300,00 DH
36 compasité → D15	300,00 DH
- Détartrage → D25	400,00 DH

Montant Total

1900,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

7 Mille - neuf-cent-dix-huit

Condition de règlement :

Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI
Chirurgien Dentiste
App. N° 4 Imm. E. Complexe Atlassi
Av. Allal El Fassi Bab Doukkala
Marrakech / Tél. : 05 24 44 95 95