

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° W19-463259

R10

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9558 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JAABAR HACID
 Date de naissance : 24/01/1969
 Adresse : VILLA CALIBOUR II MARRAKECH
 Tél. : 06 61 70 27 60 Total des frais engagés : 1400 DH Dhs

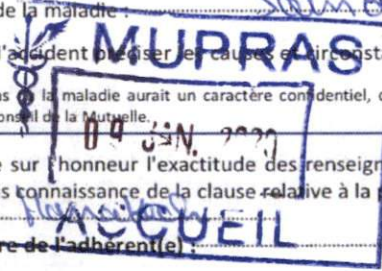
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Chirurgical EL BOUYOUSFI
 Appt. N° 4 km. E Complexe Atlas
 Av. Allal El Fassi Bab Doukkala
 Marrakech / Tél. 85 24 41 35 95
 Date de consultation : 31/12/2019
 Nom et prénom du malade : Jaaban Omar 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 |
| 14/02/19 | Ext | 65 → 0,30 | 100,0 DH | <p>Dr. <u>Chorouh EL BOUYOUS</u></p> <p>INF: 07 27 16 81 26</p> <p>Chirurgien Dentiste</p> <p>Appt. N° 4 btm. 2 Complesse Atlas</p> <p>Av. Ahal Et Fassi Bld Boukkala</p> <p>Marrakech / Tél.: 08 24 44 95 95</p> |
| 12/12/19 | CD | 16 → 0,15 | 300,0 DH | |
| 18/10/19 | Ext | 55 → 0,10 | 100,0 DH | |
| 18/10/19 | CD | 16 → 0,15 | 300,0 DH | |
| 31/10/19 | CD | 16 → 0,15 | 300,0 DH | |
| 31/10/19 | CD | 16 → 0,15 | 300,0 DH | |
| 31/12/19 | CD | 36 → 0,15 | 300,0 DH | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

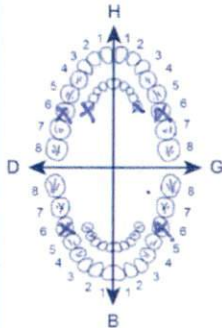
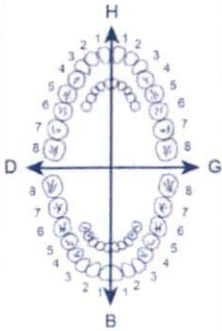
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 : 0744616216 | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------|----------------------------|------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | 6 5 | Ext | D10 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 6 | CP | D15 | | D80 | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 5 | Ext | D10 | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 6 | CP | D15 | | 1400,00 | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 6 | CP | D15 | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 6 | CP | D15 | | 4/12/03 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 31/12/03 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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

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 285719

Doit :

Jaafar amar

| Désignation | Montant |
|---------------------|---------|
| 65 extraction → D10 | 100,0H |
| 26 compesité → D15 | 300,0H |
| 55 extraction → D10 | 100,0H |
| 16 compesité → D15 | 300,0H |
| 46 compesité → D15 | 300,0H |
| 36 compesité → D15 | 300,0H |

Montant Total

1400,0H

Arrêtée la présente facture à la somme de :

7 Mille - Quatre-cent-dixham

Condition de règlement :

Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI
Chirurgien Dentiste
App. N° 4 Imm. E. Complexe Atlassi
Av. Allal El Fassi, Bab doukkala
Marrakech / Tél. : 524 44 95 95