

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.

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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

ND: M1689

Acc
DENT

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0042825

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0076 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DHISSI SALAH EDDINE

Date de naissance : 15/01/1956

Adresse : Lotissement NAWRAS, DAR BOUAZZA, CASA

Tél. : 066.11.83.34.66 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. M. A. M. ALAYYA RADIOLOGIST Tel: 052-2973133 - Cell: 052-2973133	09.01. 2020	Dop. pneumique	200.000 MAD

AUXILIAIRES MEDICAUX

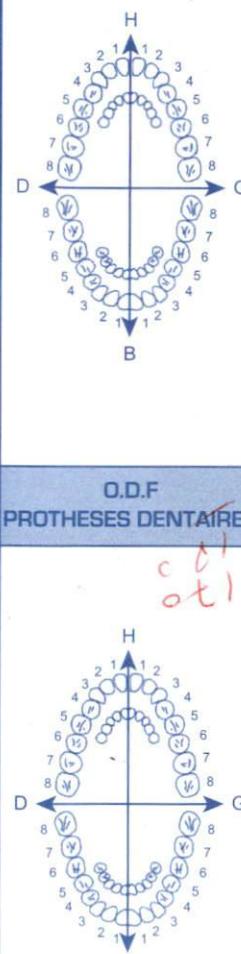
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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

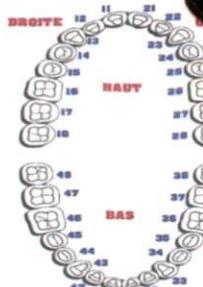
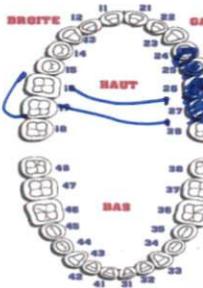
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.
Veuillez joindre les radiographies.

SOINS DENTAIRES		Coefficient	Coefficient des travaux
			
DÉVIS			
		Montant des soins	D 360
		Début d'exécution	12.12.19
		Fin d'exécution	D 330
		Coefficient des travaux	D 360
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Montant des soins	8000
	com sur 16	Date du devis	3.12.19
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de	1
- com sur 16 D 180			
- glisse H. de 3 den 5			
D 180			
DR. ELKHIRY Kamel Chirurgien Dentiste 5. Rue de Jeddah (ex: Thionville) Angle Rue d'Agadir Casablanca			
VOLET ADHERENT	NOM :	Mle	
DECLARATION N°	W18-358680		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

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

W18-358680

DATE DE DEPOT
..... //201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6076	
Nom & Prénom DHESSI SALAH EDDINE			
Fonction : CDR retraité Phones. 0661 188466			
Mail dhessi@royairmaroc.com			
MEDECIN		Prénom du patient 11.12.19	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

KAMEL ELKHIRY

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Diplôme d'Etat

5, Rue de Jaddah (ex Thionville)
Angle Rue d'Agadir - Casablanca
Tél. : 05 22 49 18 76

CASABLANCA, LE

3.1.2020

Dr D'hier à Salaridine

Radio graphie panoramique

Dr. ELKHIRY Kamel

Chirurgien Dentiste
5, Rue de Jaddah (ex Thionville)
Angle Rue d'Agadir
Casablanca



LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir - Angle Bd. Hassan II
TEL. 05 22 49 23 13 - Casablanca

KAMEL ELKHIRY

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Diplôme d'Etat

5, Rue de Jeddah (ex Thionville)
Angle Rue d'Agadir - Casablanca
Tél. : 05 22 49 18 76

CASABLANCA, LE

1. 2020

Fabrication de prothèses dentaires
de 1^{er} de l'hôpital Gulabidine
CCM au ^{1^e} étage à la fin du
du Rue sup. de Huit
mille dirhams (8000 ⁿ)

Dr. ELKHIRY Kamel
Chirurgien Dentiste
5, Rue de Jeddah (ex: Thionville)
Angle Rue d'Agadir
Casablanca

F A C T U R E

N° de l'admission : 20000131 N° Facture 20000147 Date facturation : 09/01/2020

Nom et prénom du patient : **SALAH EDDINE DHISSI**

Convention : **PAYANT**

TraITEMENT : **Examen radiologie** Entrée: 09/01/2020 Sortie: 09/01/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
PANORAMIQUE DENTAIRE	1.00	200.00	200.00
		sous-total	200.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux cents dirhams	total :	200.00
--------------------	----------------	---------------

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :


LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir Angle Bd. Hassan II
Tél: 0522 49 73 73 - Casablanca

DHISSI SALAH EDDINE,
ID 60440

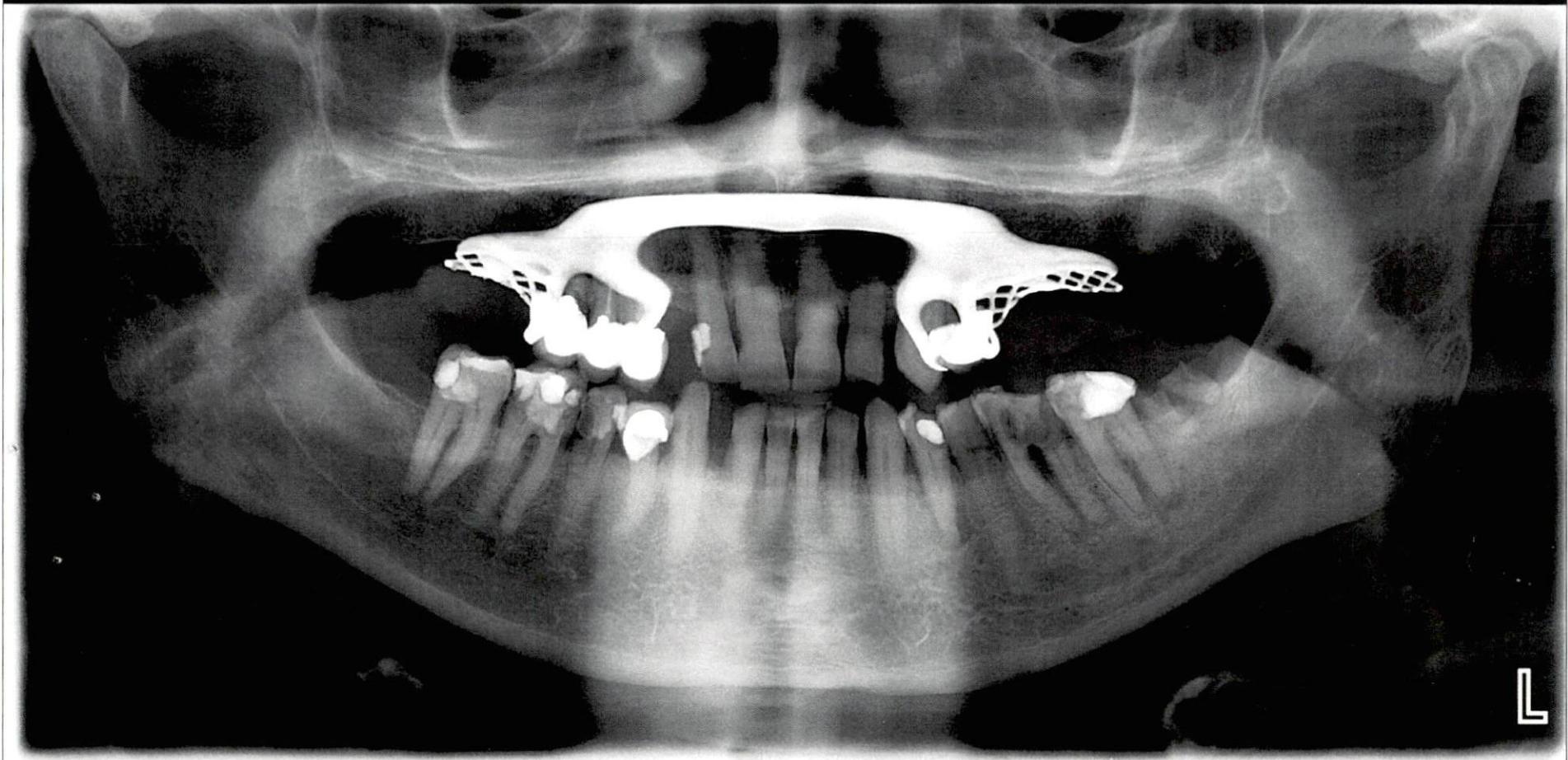
Centre de Radiologie AL WILAYA

binario®
imprimé par VisionPRINT

2, Rue d'Agadir,
Angle Bd. Hassan II,
20140, Casablanca

05 22 49 73 73

Scale: 100%



09/01/20 65,0kV 8,0mA 16,7s 93,2mGy×cm²