

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-502729

RID

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 - 5ème Étage 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

[illegible]

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
	31/12/2019	2.22	200.000
	17/02/2020	3.21	

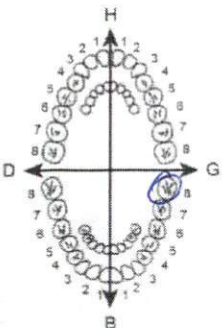
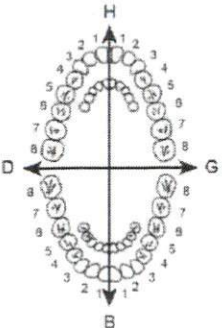
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 : <u>111164597</u>								
	38	CO II	2/15	COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>2/15</u>								
		OD		MONTANTS DES SOINS <u>800</u>								
		compst		DEBUT D'EXECUTION <u>21/12/18</u>								
				FIN D'EXECUTION <u>21/12/18</u>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[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. Sawsane BELKZIZ

Chirurgien dentiste - orthodontiste
Spécialiste en Orthopédie dento-
maxillo-faciale

Diplômée de la faculté Pierre et Marie
Curie - Paris VI



الدكتورة سوسن بلقرز

طبيبة جراحة الأسنان
إختصاصية في تقويم إعوجاج الأسنان
والفكين
خريجة بباريس VI

Fès, le 21/12/2019

M^{me} FOULIA AGSSOUBI

الدكتور سعد بنشقر
Dr. Saâd BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
7, Boulevard Mohamed V - FES
Tél : 035.62.21.21 - Fax : 035.65.19.10

Docteur BELKZIZ Sawssan
Spécialiste en Orthodontie
Résidence Mégapole Appt. 12
Av. Allal Ben Abdellah - FES
Tél. 035.94.02.38



Centre de

Radiologie

BENCHEKROUN

الدكتور سعد بنشقرن

Dr. Saâd BENCHEKROUN

Diplôme des Etudes Spéciales

de Radio Diagnostic de L'U.L.B Bruxelles

Radiologie - Mammographie - Cône Beam

Panoramique - Echographie - Doppler Couleur

(Numérisés)

Scanner 16 Barettes - Ostéodensitométrie

Fès, le 31/12/2019

FACTURE N°26/20

MESSAOUDI FOUZIA

Examen demandé : PANORAMIQUE

Total : 200 DHS Z22

**Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DHS**

الدكتور سعد بنشقرن

Dr. Saâd BENCHEKROUN

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

7, Boulevard Mohamed V - FES

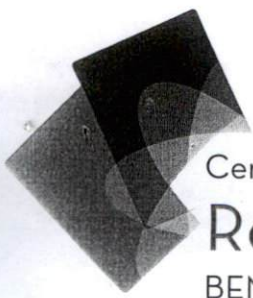
Tél : 035.62.21.21 - Fax : 035.62.21.21

Tél : 05 35 62 21 21 - Fax : 05 35 65 15 49 /E-mail : msbenchekroun@gmail.com

7. شارع محمد الخامس . زنقة محمد الحبانى (قرب صيدلية البهجة) - فاس

7. Bd. Med. V, Rue Med El Hayani (A côté de la Pharmacie Bahja) - FES

RC : 123 - I.F : 20729777 - ICE : 001839413000043 - T.P : 13613617 - CNSS : 5298519



Centre de
Radiologie
BENCHEKROUN

Fès, le :

31/12/2019

الدكتور سعد بنشكرون

Dr.Saâd BENCHEKROUN

Diplôme des Etudes Spéciales
de Radio Diagnostic de L'U.L.B Bruxelles

Radiologie - Mammographie - Cône Beam
Panoramique - Echographie - Doppler Couleur
(Numérisés)

Scanner 16 Barettes - Ostéodensitométrie

Le Médecin traitant :
Nom du patient :
Examen demandé :

DR BELKZIZ SAWSANE
MESSAOUDI FOUZIA
PANORAMIQUE

Mon cher confrère,


J'ai reçu **MESSAOUDI FOUZIA** que vous avez bien voulu me confier pour **PANORAMIQUE**. Tout en vous remerciant, Je vous prie de trouver ci-dessous le compte rendu.

Sur le cliché panoramique ainsi effectué il n'y a pas de lésion osseuse actuellement décelable au niveau du maxillaire inférieur ni au niveau du maxillaire supérieur, en particulier il n'y a pas de foyer infectieux.

La texture osseuse y est normale. Les ATM ne présentent pas d'anomalie notable.

La transparence des sinus de la face est pratiquement normale.

Confraternellement.


الدكتور سعد بنشكرون
Dr. Saâd BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
7, Boulevard Mohamed V - FES
Tél. : 035.62.21.21 - Fax : 035.65.15.49

Tél : 05 35 62 21 21 - Fax : 05 35 65 15 49 / E-mail : msbenchekroun@gmail.com

7. شارع محمد الخامس . زنقة محمد الحبانى (قرب صيدلية البهجة) - فاس
7. Bd. Med. V, Rue Med El Hayani (A côté de la Pharmacie Bahja) - FES

RC : 123 - I.F : 20729777 - ICE : 001839413000043 - T.P : 13613617 - CNSS : 5298519