

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

onditions 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.

diologie 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

Réclamation : 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 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

RID 16 143

Déclaration de Maladie : N° P19-0007082

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : Bd OMR RIFT? ESC 5 ART 20 Casablanca

Tél. : 0626301902

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HABIBALLAH Maryam

Age : 10 JAN 2020

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Sans 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 :

Le : 12 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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

Montant de la Facture	Date	Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
167.40	11/12/19	Pharmacie REGIONALE AZI Admane Rd. de la Liberté Casablanca 0522 31 33 94

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Montant détaillé des Honoraires	Nombre	Date des Soins	Cachet et signature du Praticien	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 :

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
	2 4	obt c	D 90
	2 5	obt c	D 20
	2 8	Ext	D 28
		1 dental	D 20
		soin de bouche	D 36
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>12 40</div> </div>			
<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>1500</div> </div>			
<div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div></div> </div>			
<div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div>12-12-19</div> </div>			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		<div> <div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> </div>	
		<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div> </div>			
<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div> </div>			
<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div></div> </div>			
<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div></div> </div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

A. CHAMRAO
Chirurgien Dentiste
58, Av Hassan II - Casablanca
TEL : 022 27 70 55 - 022 27 83 63

Docteur A.CHARAÏ

Docteur en chirurgie dentaire

Diplômé de La faculté de Nancy

Expert Agrée près des Tribunaux

HABIBALLA Mahjouba

11/12/2019

7990
BISPIRAZOL

S.V

1 comprimé matin et soir

1400
DOLIPRANE 1 g

S.V

1 comprimé toutes les 6 heures en cas de douleur

1890
BUCCOTHYMOL

S.V

bain de bouche après chaque repas

5460
SENSI KIN GEL

S.V

application local

Pharmacie REGIONALE
TAEI Adnane
82, 711, De la Liberté
Casablanca
Tél : 0522 31 33 94

INP 092050244

Cachet Et Signature

A. CHARAI
Chirurgien Dentiste
59, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél : 022 27 75 65 - 022 27 83 68

59, Avenue Hassan II- casablanca TEL : 22.27.75.65/022.27.83.68

GSM: 061.52.25.74 - DOM: 022.36.50.21 FAX : 022.36.50.21- eMail: raficharai@menara.ma

18, 90



03523 IMPORTADO Y DISTRIBUIDO
ANA: PC 2014 - 2393 EN CHILE POR:
COMERCIALIZADO PHARMA INVESTI DE CHILE S.A
R: 18
AMERIGO LOT 5460
SLTD: MEAV
223: P.P.C
BRASIL
-9860
KIN.COM SOKAPHARM
Vº 2.0385
DCESSO: 5460

PPV: 79DH90

PER: 04/21

LOT: I845



PPV: 14DH00

PER: 04/22

LOT: I897





Docteur A. CHARAI
Docteur en chirurgie dentaire
Diplômé de la Faculté de Nancy
Expert Agréé près des Tribunaux

59, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél.: 05 22 27 75 65 / 05 22 27 83 68

GSM : 06 61 52 25 74

E-mail : raficharai@gmail.com

دكتور عبد الرفيق شرعي

طبيب جراحي للأسنان
خريج كلية الطب بنانسي
خبير محلف لدى المحاكم

NOTE D'HONORAIRE

Date : 12. 12. 2019

Reçu de : M. HARBALLAH Malyauba

La somme : 1500 DH

Regléé par chèque : ☐

Regléé par espèce : ☒

A. CHARAI
Chirurgien Dentiste
59, Av. Hassan II - Casablanca
Tél. 05 22 27 75 65 - 05 22 27 83 68

ICE : 001634511000002 - INP : 94008976

Patente : 3418453 - IF : 40607220 : CNSS : 1565318