

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.

Diagnostique 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

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

ACC Dant / REM N°D
14757.

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003638

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02162 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHLAO KASSI Date de naissance : 15/07/1952
Adresse : 19 rue Lahlao El Trijane Casablanca
Tél. : 0655042456 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2019
Nom et prénom du malade : KABBAG Selma Age : 59 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Accident au niveau de la 46
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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.

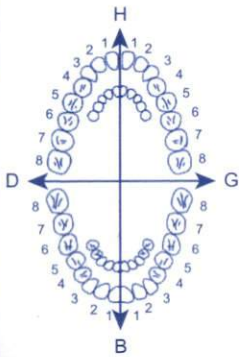
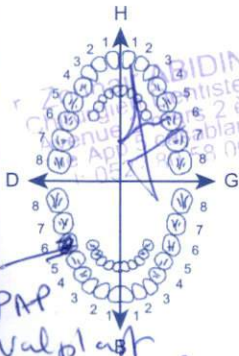
Fait à : Casablanca Le : 26/12/2019
Signature de l'adhérent(e) :

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																									
				Coefficient DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B		D		00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	B		D																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																											
	<p>PAP Valplast remplaçant la 46</p>																											
	<p>DATE DU DEVIS</p>																											
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																												
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																												
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																												
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																												
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																												
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le : 07/01/2020

NOTE D'HONORAIRES N°: 322F2019

Patient(e): KABBAJ seloua

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
VALPLAST	46	1 000,00 DH
TOTAL		1 000,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Mille

Signature du Praticien

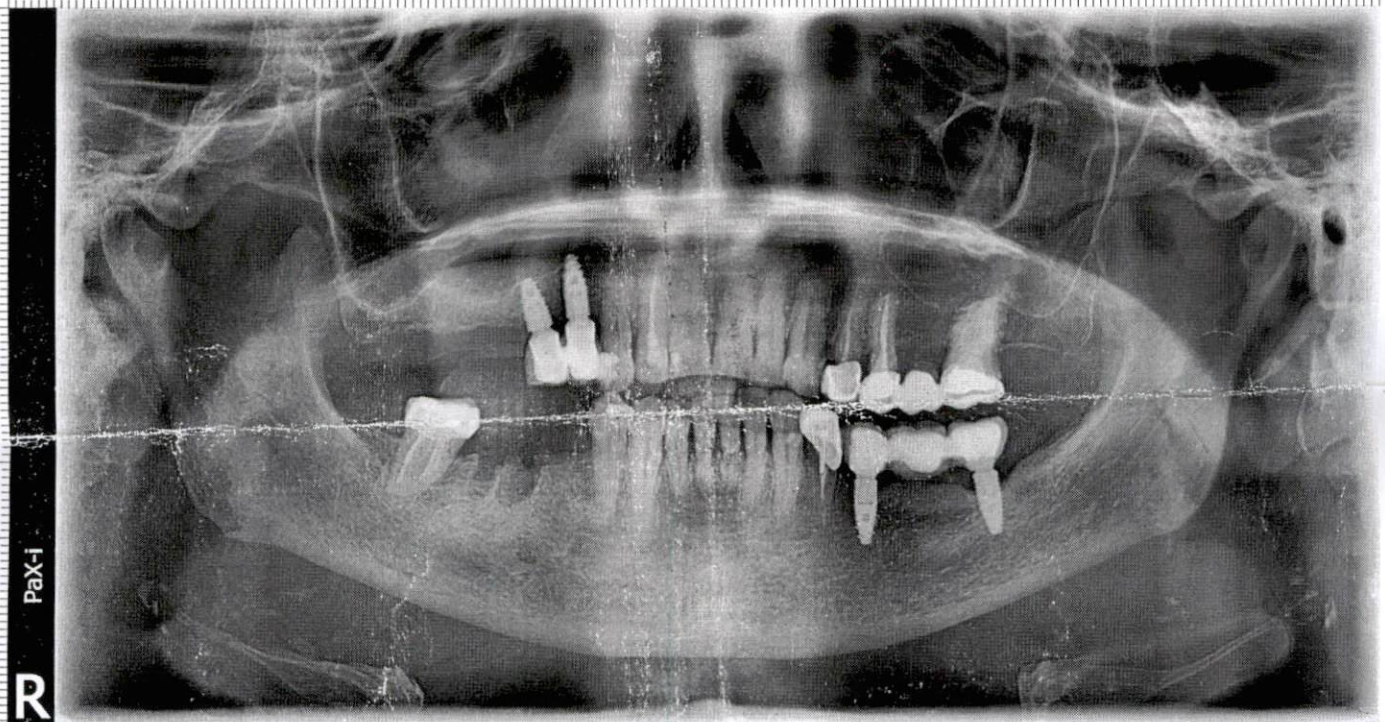
Dr. Zouhair ABIDINE
Chirurgien-Dentiste
105 Avenue 2 Mars 2ème
étage App 5 Casablanca
Tel: 0522 80 58 06

www.dentalclinic2mars.com

IF: 96379920 - ICE: 002077369000026 - INPE: 094184025

📍 105, Avenue 2 Mars, 2ème Etg, Appt 5, Casablanca ☎ 05 22 805 806 ✉ info@dentalclinic2mars.com

Name : seloua, kabbaj(Femme) Chart No : 20190111_173301
Date of Birth : 1960/04/28(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/11/15 PM 01:30:31
kVp : 72.0 mA : 10.0 DAP : 1.1948

le 07/11/2020 N.B. : valplast en place
remplaçant le 46
n'apparaît pas à la radiologie

Dr Zouhair ABIDINE
Chirurgien Dentiste
105 Avenue des Mars 2ème
étage Agg 5 casablanca
Tél: 0522 80 58 16