

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0037355

ND = 16757

RID

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03109

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERQUAOUI Mohammed

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : 19, Rue ABOU GHARIB CHIANI CASABLANCA

Tél : 0661307244

Total des frais engagés : 1600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS
Dr Moncef SEFTANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Implantologie-Parodontologie-Chirurgie de
45, Av. de France - Agdal - Rabat
Tél : 0537 68 29 92 Fax : 0537 77 21 11
E-mail : seftanmoncef@gmail.com

Date de consultation : 11 DEC 2019

ACCUEIL

Nom et prénom du malade : EC ALAOU Rachida Age : 1953

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins 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 : CASABLANCA

Le : 11/12/2019

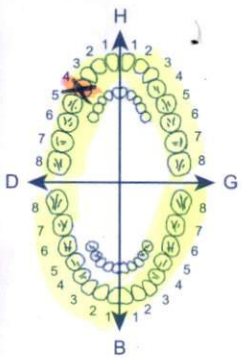
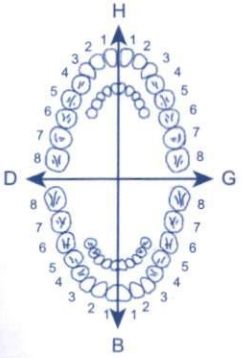
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|---|---|-----------------------------|-------------|
|  | | Consultation | |
| | 09 DEC. 2019 | + | ← |
| | | Haut 1 ^{re} séance | |
| | | Stérilisation | D |
| | | + An glau | 12 |
| | 11 DEC. 2019 | | |
| | | Bes 2 ^e séance | D |
| | | Stérilisation | 12 |
| | | + An glau | |
| | | 10 : Soins en complément | 10 |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> | | |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

← 34

MONTANTS DES SOINS

1600,00
AH

DEBUT D'EXECUTION

09 DEC. 2019

FIN D'EXECUTION

11 DEC. 2019

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr Moncef SEFIANI
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
 Chirurgien Dentiste Spécialiste
 Implantologie-Parodontologie-Chirurgie Buccale
 46 Av. de France - Agdal - Rabat
 Tél.: 0537 68 29 92-Fax: 0537 77 21 58
 E-mail: sefmoncef@gmail.com



Dr. Moncef Sefiani
Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie, Chirurgie Buccale, Parodontologie et Prothèse sur Implants
Diplômé de l'Université de Liège - Belgique

Rabat, le 11 DEC. 2019

Note d'honoraires

Je soussigné **Dr SEFIANI Moncef**, déclare avoir reçu de la part de **Mme EL ALAMI RACHIDA** la somme de **1.600,00 dhs (Mille Six cent dirhams)** en équivalent des traitements dentaires qui lui ont été réalisés.

Cette présente facture est délivrée à l'intéressée pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : **Dr SEFIANI Moncef**

Dr Moncef SEFIANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Implantologie-Parodontologie-Chirurgie Buccale
46, Av. de France - Agdal - Rabat
Tél.: 0537 68 29 92 - Fax: 0537 77 21 58
E-mail: sefmoncef@gmail.com

I.F : 35363545 / Patente : 25735999 / CNSS : 6780789 / INP : 104005467
ICE : 001891043000020