

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

W19-509679

CASA
ANRA

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11721

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ZAKANY ARDEL-ILLAH

Date de naissance :

30-12-1974

Adresse :

Residence Riad el Oumia Riad 8 APP 83

HAY CHAIFI

CASA

Tél. :

0663472262

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Laila LAHROUD
Médecin Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
866, Bd Ode 1^{er} Etage Mandarine - Casablanca
0522 322 202

Date de consultation :

15/10/2019

Nom et prénom du malade :

Zakany Abdelilah

Age : 45 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dentures

Orthodontie

Fracture 8

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

74 JAN. 2020

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ZAKANY

ACCUEIL

RELEVÉ 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
				INP :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 694167012														
<i>Det. Amox</i> <i>Dr. Laila LAHROUD</i> Médecin Dentiste Spécialiste en Orthodontie 866, Bd Ouds 1^{er} Etage Mandarona - Casablanca 0522 522 207	—	Det1	D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX D154														
	—	Det2	D12															
	1 1	Det.gp	D15	MONTANTS DES SOINS 50000														
	1 2	"	D15															
	1 3	"	D15	DEBUT D'EXECUTION 15/10/19														
	2 2	"	D15															
	2 4	"	D15															
	3 6	"	D15															
	1 6	"	D15	FIN D'EXECUTION 12/11/19														
	4 6	"	D15															
	3 5	Exo	D10															
PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<i>Dr. Laila LAHROUD</i> Médecin Dentiste Spécialiste en Orthodontie 866, Bd Ouds 1^{er} Etage Mandarona - Casablanca 0522 522 207	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															
Dr. Laila LAHROUD																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Laila LAHROUD

Médecin Dentiste
Spécialiste en Orthodontie

866, Bd Ouds 1^{er} Etage Mandarona - Casablanca
0522 522 207



مركز طب الأسنان كاليفورنيا

CENTRE DENTAIRE CALIFORNIE

Dr. Laila Lahroud

Médecin dentiste
Orthodontiste

الدكتورة ليلي لهرود

طبيبة جراحة للأسنان
متخصصة في تقويم اعوجاج الأسنان

ORDONNANCE

Casablanca, le 12/11/2019 الدار البيضاء، في

Nom : M. Zakary Adelilali Facture

Détartrage bimaxillaire

Obturations au composite : 11/12/13/22/24/36/16/46

Extraction chirurgicale : 35

Montant total : 5100,00 Dhs

Dr. LAILA LAHROUD
Médecin Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
866, Bd Qods 1er Etage Mandarona - Casablanca
0522 522 202

Arrêté la présente facture à la somme de cinq mille cent
Dirhams.