

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

- 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

Déclaration de Maladie ^{N° 17509} ^{RID}

N° W19-514809

N° = 17509

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8726

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Filali Youssef

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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-514809

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
	23	Traitement canalaires	D10	Montant des soins 1700dh Début d'exécution 22-03-19 Fin d'exécution 27-03-19																
O.D.F. Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire																				
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins Date du devis Fin de	
	H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Votre ar cachet du praticien attestant le devis

Dr. Faysal MOUAK
Chirurgien-Dentiste Spécialisé
180, Bd. Oum Rimal 1ème Etage
Casablanca - Tél: 0522 89 19 76



W18-399621

DATE DE DEPOT

27.03.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 08726		Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		Fili Ali Adil Youssef		Signature de l'adhérent	
Fonction		0661330726		Signature de l'adhérent	
Mail		fili.ali.youssef@gmail.com			
MEDECIN		Prenom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>	
Age		Date		Date 1ère visite	
Nature de la maladie					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date		Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		CACHET	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		

☐ Patient : FILALI AOUAL YOUSSEF

Date : le 27/03/2019

NOTE D'HONORAIRES

Date	Dent	CODE	Nature de l'acte	Cotation	Honoraire
22/03/2019			Détartrage 1 ^{ère} séance	D12	500 dh
27/03/2019			Détartrage 2 ^{ème} séance	D12	500 dh
27/03/2019	23		Traitement canalaire	D10	700 dh
TOTAL					1700 dh

Je sous signe avoir reçu la sommes de :

Mille sept cent dirhams

Dr. Faysal Mouak
 Chirurgien Dentiste Spécialisé
 180, Bd. Oum Rabia 2^{ème} Etage
 Casablanca - Tél.: 0522 89 19 76

Dr. Faysal Mouak

Chirurgien Dentiste Lauréat de la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca
 Diplôme Universitaire en Orthopédie Donto-Faciale à la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca
 Spécialiste qualifié en Chirurgie Parodontale Esthétique à Bordeaux
 CES en Implantologie orale
 CES en esthétique et facettes dentaires
 CES de compétence clinique en chirurgie dentaire laser assistée en Italie

Praticien: Dr Faysal MOUAK © Copyright EDIS
Patient: Youssef FILALI Numéros des dents: 23



Date de naissance : 01/01/0001 00:00:

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone Professionnel:

Téléphone Personnel:

Commentaire :

Dr. Faysal MOUAK
Chirurgien Dentiste Spécialiste
180, Bd. Oud-Paris 2ème Etage
Casablanca
Tél.: 0522 09 19 76