

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0051940

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7941 Société : Rkm
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAKHRIF Saïd
 Date de naissance : 25/06/1961
 Adresse : 25 Rue TAMARIT FT APT 20 CASAB
 Tél : 0661593659 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdenacer EL MISRI
 CHIRURGIEN DENTISTE
 36 B, Bd. d'Anfa Résidence ANAFE
 3ème Etage - CASABLANCA
 Tél : 0522.29.79.94 - Fax : 0522.29.81.36
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/01/2023
 Nom et prénom du malade : LAKHRIF Saïd Age : 62 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prothèse dentaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 25/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0051940

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 :

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canal.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	15. 16. 17	D3	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553 (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession Bridge. 3 couronnes CCY en la 15. 16 EL MISRI Dr. Abdenacer EL MISRI CHIRURGIEN DENTISTE 35ème Etage 3ème Etage Tél: 0522 29.79.94-Fax: 0522.29.81.36
			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D600"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="9000,00"/>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D600"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="9000,00"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text" value="16/01/2023"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdenacer ELMISRI

Chirurgien - Dentiste
Spécialiste en Orthopédie Dento - Faciale
Orthodontie: Enfants
Diplôme Universitaire d'Orthopédie Cranio -
Dento - Maxillo - Faciale
- Université de Dijon -
Certificat Nobel Biocare en Implantologie Orale
Diplôme Universitaire en Implantologie Orale
- Université Bordeaux II -
Certificat de Parodontologie ICAR Rouen

الدكتور عبد الناصر المصري

طبيب جراحي للأسنان
إختصاصي في زراعة الأسنان
في عظم الفك - جامعة بوردو
إختصاصي في تقويم إعوجاج الأسنان
جامعة ديجون
إختصاصي في علاج أمراض اللثة و العظام

Casablanca, le 16/01/2023 في الدار البيضاء

M^r Lakhri. Saïd

DEVIS .

Bridge 3 Couronnes CCM

sur la 15. 16. et 17 .

Le Montant des honoraires
s'élève à Neuf mille DHS.
(= 9000,00 DHS)

Dr. Abdenacer ELMISRI
CHIRURGIEN DENTISTE
36 B. Bd. d'Anfa Résidence ANAFE
3ème Etage - CASABLANCA
Tél: 0522.29.79.94 - Fax: 0522.29.81.36

36B, شارع أنفا إقامة أنافي الطابق 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 29 81 36 / 79 94

36 B, Bd. d'Anfa Résidence ANAFE 3^{ème} Etage - Casablanca - Tél. : 0522 29 81 36 / 79 94