

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

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

ALL 9 DE
Déclaration de Maladie

M22- 0032434

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société : RAY AS 363

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHALI EL MOSTAFA

Date de naissance : 03/11/1958

Adresse : 30, RD : GHAZOUI NR 09. RIMES

Tél. : 0661129251 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur AOMAR LATRACH
Chirurgien-Dentiste-Implantation
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali
N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27

01 MAR. 2023

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : RAYAH F. EL MOSTAFA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0032434

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coeff. 2 D200
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS +6000, -0+
	Couronne Ceramo- métal sur la 26			DATE DU DEVIS 15/02/2021
	CRM sur la 36			DATE DE L'EXECUTION
Docteur AOMAR LATRACH VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dentiste-Implantation Dentaire-Orthopédie-Appareil Faciale Sidi Maarouf 6 Avenue Farouk Khatib N°173 Casab - Tél.: 05 22 80 99 27	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

N° Dossier: 150363 

N° Dossier externe: PEC-2647-21/02/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: RHAREF ELMOSTAFA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 21-02-2023  

Date de fin:  

Date de saisie: 21-02-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
24-02-2023	Manuel	CCM 26+36 DEJA FAITES LE 21 18 CHEZ MEME DENTISTE MOTIF POUR R

Orthopédie Dento Faciale
Implantation Dentaire
Soins Au Laser
Les Facettes Dentaire
Blanchiment Dentaire



تقديم اعوجاج الاسنان
غرس الاسنان في الفك
العلاج بالليزر
تابيس الاسنان
بيبيض الاسنان

Casablanca, le : 28/02/2023.

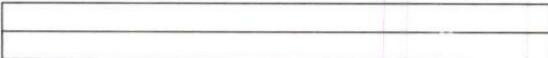
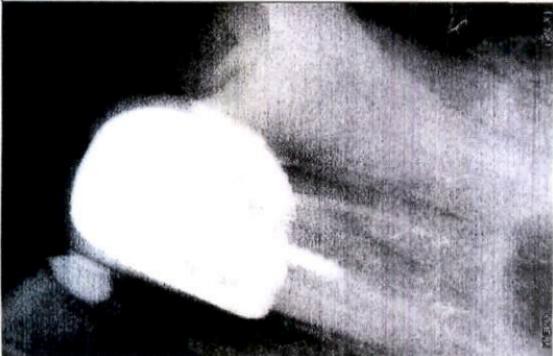
Je soussigné centris avoue meye
M2 RHAREF el MOSTAP'A pour prothese
dentale (comme la 26 + comme la 36.)
les Racines sont affectées et ai
dans l'obligation de refaire les
Comunes et traiter les canaux.
Merci pour votre compréhension.

Docteur AOMAR LATRACH
Chirurgien-Dentiste-Implantation
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale
Sidi Maârouf 6 Av. Farouki Rahali
N°173 Casa - Tél: 05 22 80 99 27

Création 27/10/2022 RHAREF El moustafa Impression 27/10/2022

27/10/2022 - 26 -

Lin.



DOCTEUR Aomar LATRACH
Chirurgien - Dentiste
Imagerie Dentaire
Orthodontie - Parodontologie - Faciale
Sidi Mouloud Marouki Rabat N° 173
Casablanca Tel: 05 22 80 99 27

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Dr. Aomar Latrach", is written across the text above it.

Création 27/10/2022 RHAREF El moustafa Impression 27/10/2022

27/10/2022 - 36 -

Lin.



Docteur AOMAR LATRACH
Chirurgien-Dentiste-Implantation
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale
Sidi Maarouf 6 Av. Fouad Rahali
N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27
2023

DOCTEUR Aomar LATRACH
Chirurgien - Dentiste
Orthopédie - Dentaire
Dento-Faciale N°173
Casa - Tel: 05 22 80 99 27
My