

## **RELEVE 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
7-11-2012	Consultation		CG	Dr Rim EL ZEDDINE Chirurgien Dentiste DDS-DESS Tel: 626 57 55 55/626 41 55 55
7-11-2012	Radio panoramique	CG		

## **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 ADHÉRENT

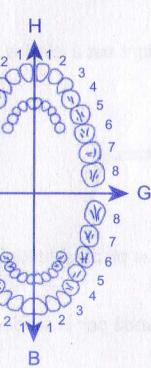
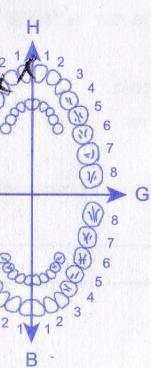
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

164498

**Important :** **104496**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553			
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Inphal sur la dent (11) Sur phal sur le (13)</i></p> <p><i>greffe osseuse sur le (12)</i></p> <p><i>bridge en céramo-céramo (11) -&gt; (13)</i></p>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				<p><b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DEBUT D'EXECUTION</b></p> <p><b>FIN D'EXECUTION</b></p> <p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <p><b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b></p> <p><b>Dr Rim EZZEDINE Chirurgien Dentiste</b></p> <p>Tél: 628 57 55 55</p>												

# 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autre

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8120

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAQDAD

Hanid

Date de naissance : 17/07/1963

Adresse : Agence Royal Air Maroc -  
CONAKRY - GUINÉE

Tél. : 00224 654717171 Total des frais engagés :

2700 \$

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/5/2023

Nom et prénom du malade : Mansour Magdad Hanid Age: 54 yrs

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Deux implants dentaires avec greffe DSS

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 : CONAKRY

Le : 01/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0007824

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 : 8120

Nom de l'adhérent(e) : MAQDAD Hanid

Total des frais engagés : 2700 \$

Date de dépôt : 06/06/2023



31.05.2023

## MR.MAQDAD HAMID:

The treatment plan of Mr.maqdad consisted of :

- Implant on the tooth nb 11 : 900\$
- Implant on the tooth nb 13 : 900\$
- Bone graft where tooth nb 12 was extracted: 300\$
- Zirconia bridge from tooth nb11→nb13 :600\$

**Total :2700\$**



**Maqdad Hamid**

**30.05.2023**



**NewTom**

14:13



empiredental.clinic 3h

...



BEFORE



CROWNS OVER IMPLANTS

AFTER

Envoyer message



**De :** MAQDAD HAMID <HMAQDAD@RoyalAirMaroc.com>

**Envoyé :** jeudi 8 juin 2023 17:36

**À :** RFM MUPRAS

**Cc :** Abdelmounaime Sami

**Objet :** Demande de dérogation dossier MAQDAD HAMID matricule 8120

164498

Bonjour chers collègues ;

J'espère que vous allez bien.

Suite à mon expatriation à Conakry en Guinée, et suite à l'impossibilité de mettre des implants au Maroc durant mon congé très court, j'ai dû le faire localement à Conakry, malheureusement sans demander l'accord préalable.

Prière si possible de m'excuser pour cet oubli et accepter mon dossier en pièce jointe, et je vous promet de respecter les procédures MUPRAS au futur

Très cordialement