

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
7-11-2022	Consultation		CG	<div data-bbox="745 107 1120 287" data-label="Text"> <p>Dr Rim ELZEEDINE Chirurgien Dentiste DPS-DESS Tél: 626 57 55 55 / 626 44 55 55</p> </div>
11-5-2023	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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

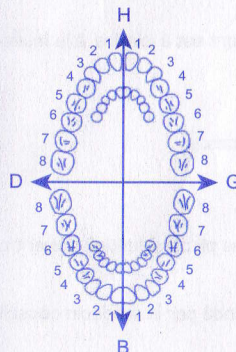
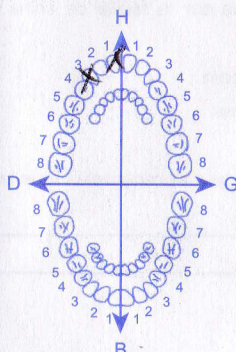
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

164498

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
	Implant sur la dent (11) Implant sur la dent (13)		DATE DU DEVIS														
greffe osseuse sur la dent (12)		DATE DE L'EXECUTION															
bridge en céramo-céramo (11) - (13)		DATE DE L'EXECUTION															
(11) - (13)		DATE DE L'EXECUTION															
(11) - (13)		DATE DE L'EXECUTION															
(11) - (13)		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Rim ELZEEDINE
Chirurgien Dentiste
DPS-DESS
Tél: 626 57 55 55 / 626 44 55 55

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'Hr- Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M23-007824

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8120** Société : **R-A-M**

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **MAQDAD Hamid**

Date de naissance : **12/07/1963**

Adresse : **Agence Royal Air Maroc -**

CONAKRY - GUINÉE

Tél. : **00224654717171** Total des frais engagés : **2700 \$**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31/5/2023**

Nom et prénom du malade : **Monsieur Magdad Hamid** Age : **54 y**

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Deux implants dentaires avec greffe**

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 Hamid**

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\$

Dr Rim EZZEDDINE
Chirurgien Dentiste
DDS-DESS
Tél 626 57 55 55/626 41 55 55

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be "Rim", written over the stamp.

Maqdad Hamid

30.05.2023



14:13



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