

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-423891

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13250 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Drissi Dounia

Date de naissance : 19/10/1988

Adresse : 3 Rue Benghazi appt 4 RABAT

Tél. : 0659 35 2007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mounir EL HIMDY

Chirurgien-dentiste

2, Rue Ahfir, Appt. N°3 - Rabat

Tél: 05 37 73 32 01/05 37 70 33 95

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/06/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Drissi Dounia

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 : Rabat Le : 24 / 06 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-423891

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
				INP : <input type="text"/>

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
	22/06/19	Z ₂₀	250 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 104003986														
		Consultation G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. MOUMIN EL HINDY
Chirurgien-dentiste
2, Rue Antir, Apt. N°3 - Rabat
Tél: 05 37 73 32 01/05 37 70 33 95

Docteur EL HIMDY Mounir
Chirurgien-dentiste
Diplomé de la faculté de chirurgie dentaire de NANCY
Tél : 0537.73.32.01/0537.70.33.95
Mobile : 0662115424

RABAT 17 JUIN 2019

MLLE DRISSI DOUNIA

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE

Dr. Mounir EL HIMDY
Chirurgien-dentiste
2, Rue Abdir, Appt. n°3 - Rabat
Tél: 05 37 73 32 01 / 05 37 70 33 95

Dr Sonia AMRI
Cabinet de Radiologie
73, rue Patrice Lumumba
Hassani - Rabat
Tél : 05 37 76 32 05 / 02

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle et Interventionnelle - Mammographie - Sénologie interventionnelle
- Radiologie Dentaire - IRM & PETSCANNER sur RDV

Rabat, le 22/06/2019

Facture

Je Soussignée certifie que
Mlle. **DRISSI DOUNIA** a effectué le bilan radiologique

PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERISE

Dont le montant est : 250 DH

La présente note est arrêtée à la somme de :
DEUX CENT CINQUANTE Dirhams T.T.C

Valeur en votre aimable règlement

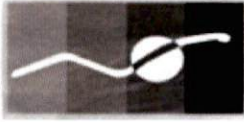
Dr Sonia AMRI

Dr Sonia AMRI
Cabinet de Radiologie
73, rue Patrice Lumumba
Hassan - Rabat
Tel : 06 37 36 32 05 / 02

Tel : 0661188748 / 0537763205 / 0537763202 - الهاتف - الرباط 10010 - بيشاري ساحة لومومبا، باتريس زقة 73

73, Rue Patrice Lumumba, Place Pietri, 10100 Rabat web site : radiologielemaghreb.com e-mail : radiomaghrebsonia@gmail.com

CNSS 2666652 - ICE 001586012000072 - IF 34204108 - TP 25126710 - RIB 013 810 01372 000106 001 87 - INPE: 101011237



عيادة المغرب للفحص بالأشعة

Cabinet de Radiologie

Docteur Sonia AMRI

Scanner – Echographie – Mammographie – Sénologie – Radiologie Dentaire

Radiologie Conventionnelle et Interventionnelle

Rabat, le 22/06/2019

Nom et Prénom : **DRISSI DOUNIA - 36 ans**

Prescripteur : **EL HIMDY MOUNIR**

PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉ

Parodontolyse horizontale diffuse prononcée

Quelques dents manquantes.

Trajet oblique de la 48 bloquée par la 47.

Pas de lésion périradiculaire.

Epaississement muqueux polypoïde du fond du sinus maxillaire droit.

Pas d'anomalie osseuse mandibulaire ni des ATM sur cette incidence.

[Signature]
Dr Sonia AMRI
Cabinet de Radiologie
73, Rue Patrice Lumumba
Rabat
05 / 02

Tel 0661188748 : النقال-0537763205 / 0537763202 الهاتف – الرباط10010- .بيتري ساحة لومومبا، باتريس زنقة 73

73, Rue Patrice Lumumba, Place Pietri, 10100 Rabat web site : www.radiologielemaghreb.com e-mail : radiomaghrebsonia@gmail.com

CNSS 2666652 - ICE 001586012000072 - IF 34204108 - TP 25126710-RIB 013 810 01372 000106 001 87