

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com

Assurance en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

AS : 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

KB

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011655

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KATMOU F Date de naissance : 25/04/67

Adresse :

Tél : 0661296244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BHIJA DRISS
Chirurgien Dentiste
123, Av. Abdelkrim
Océan - Rabat
Tél. : 05 37 73 65 71

Date de consultation : 08/06/2019

Nom et prénom du malade : EL KATMOU R. Mohammed Age :

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

Nature de la maladie : Caries - Dentaire

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) : [Signature]

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 de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21.06/19	225	20000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	Haut et bas	Consultation	20	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX 20</p> <p>MONTANTS DES SOINS 200,00</p> <p>DEBUT D'EXECUTION 8161</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE

Dr. M.N. BENZAÏD, Dr. Lotfi EL FASSI, Dr. R. MOHATTANE

الدكتور محمد نجيب بنزايد الدكتور لطفي الفاسي الدكتور رشيد محتان

Rabat, le : samedi 8 juin 2019

FACTURE N° : 9098

Nom : Mr Mohammed EL KATMOUR

Examen : PANORAMIQUE DENTAIRE ---

Cotation : 221

Tarif : 200 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de:
DEUX CENTS DIRHAMS



ICE : 001582572000026 RC : 123143



08/06/2019 11:03:50 AM

30, Avenue Oqba, 10090, Agdal – Rabat.

IF : 40422288

CNSS : 8383846

Tel. : 0537 77 72 44/45 – Fax. : 0537 77 72 71

TP : 25741076

Dr. BHIJA Driss

Chirurgien Dentiste

Orthodontie Prothèse Soins



الدكتور أبهيجة ادريس

إختصاصي في جراحة

وتقويم الأسنان

Rabat, le

8/06/19

الرباط، في :

FL KATOUN 91

Ad SANORAQUE

Dr. BHIJA DRISS
Chirurgien Dentiste
123, Av. Abdelkarim El Khattabi, Océan - Rabat - Tél.: 05 37 73 66 71

**IMAGERIE MEDICALE
BOURGOGNE**
30, Av. Oqba Agdal - Rabat
Tél. 05 37 77 72 44/45
Fax. 05 37 77 72 71
INP. 100000603

123, ملتقى زنقة أستراليا وشارع عبد الكريم الخطابي، حي المحيط - الرباط - الهاتف : 05 37 73 66 71

123, Angle Rue Australie et Av. Abdelkarim El Khattabi, Océan - Rabat - Tél.: 05 37 73 66 71