

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

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

Dentaire

720 9684

Déclaration de Maladie : N° P19-0001635

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : BAJJAJI

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAJAJI Abdelaziz

Date de naissance : 16.12.1988

Adresse : A BAJAJI @ ROYAL AIR MAROC

Tél : 0661325255

Total des frais engagés : 3.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouna ELHALLALI
CHIRURGIEN DENTISTE
250 Bd. Abdelmoumen, Résidence
Brajaj Abdelmoumen - CASABLANCA
Tél / Fax : (+212) 022 23 55 55

Date de consultation : 3 / 7 / 19

Nom et prénom du malade : BAJAJI AYA

Age : 12 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : RAM

Le : 08 / 7 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

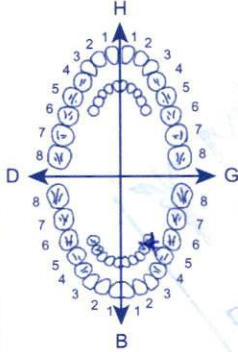
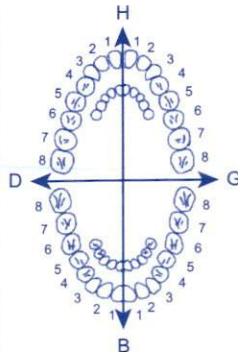
ACHILLE SIEGE RAM

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	7	Extraction	Ds	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="18"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="300,00"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="3/7/19"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text" value="31/7/19"/></p>														
	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouna ELHILALI
CHIRURGIEN DENTISTE
250 Bd. Abdelmoumen, Résidence
Abdelmoumen - CASABLANCA
Tel / Fax : (+212) 022 23 57 10

CABINET DENTAIRE
Abrajes Abdelmoumen
Dr Mouna EL HILALI

Lauréate de l'Université Hassan II
et du Centre Hospitalier Ibn Rochd - Casablanca



عيادة طب الأسنان
أبراج عبد المومن
الدكتورة منى الهلالي
خريجة جامعة الحسن الثاني
والمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le 3/7/19

Nom du patient :

BAJJATI

Prénom du patient :

Aya

Acte :

Extraction 75

Cotation :

D8

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

trois cent dirhams (300,00 Dh)

Pour les soins et actes dentaires réalisés.

Dr. Mouna ELHILALI
CHIRURGIEN DENTISTE
250 Bd. Abdelmoumen, Résidence
Abrajes Abdelmoumen, CASABLANCA
Tél / Fax : (+212) 05 22 23 57 16