

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 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

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° W19-415312

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3660

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEDKI Salaheddine

Date de naissance : 05/05/1960

Adresse : 325 Groupe Zenata 4 AL Qods - Sidi Benouiss

Casablanca

Tél. : 667045970

Total des frais engagés : 1180,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 094016565

07 AOUT 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SEDKI fad

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Sm dent

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 : Casablanca

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-415312

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
07 AOUT 2019				INP : 094016565

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
07/08/19	180,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 : 24 SEP 2019															
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.															
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	38	ext. chingoh													
		pa Alvéolothérapie													
		Sent enclavée													
		= D40													
		1 Rx numérique													
		= 26													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			MONTANTS DES SOINS												
			DEBUT D'EXECUTION												
			FIN D'EXECUTION 07 AOUT 2019												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE D'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			Docteur Zoubir BASSIRI Médecin Dentiste Bd. Nabilouss N° 113, 1er Etage Hay Al Qods - Casablanca Tél : 0522 73 87 87												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur Zoubir BASSIRI

Medecin Dentiste



الدكتور زوبير بصيري

طبيب جراح للأسنان

07 AOUT 2019

FACTURE N° = 797119.

SEDKI

FATIMA

Soins dentaires = Z6 + Duo.

24 SEP. 2019

Honoraires = 1000, ~ D17

mille dms

BPR

D10
+ Z6

Docteur Zoubir BASSIRI
Medecin Dentiste
Bd. Nabiloussi N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 05 22 73 87 87
ICE 001615041000049 - Patente : 31634997 - I.F : 53010882

Docteur Zoubir BASSIRI

Medecin Dentiste



الدكتور زوبير بصيري

طبيب جراح للأسنان

07 AOUT 2019

SEDKI BATHIA

PPV:116DH00
PER:12-21
LOT:H2647

116.00
1/- Zarnox 1/ sachet

1 sachet 2x1 748;

481.00
2/- Cotipal 2mg 7 //

PPV:48DH50
PER:03/22
LOT:1665

158.00
3/- Deliprane 1000 mg 7 //

PPV:15DH80
PER:04/22
LOT:11045
S2

Pharmacie RIAD AL QODS
310 Bis, Cr. Zenata 4
Hay Al Qods - Casablanca
Tél: 05 22 73 21 91

Doc: Dr Zoubir BASSIRI
Dentiste
Bd. Nabouls N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél: 05 22 73 87 87 - Casablanca

Boulevard Nabouls N°113, 1er étage Hay El Qods - Bernoussi - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 73 87 87

ICE 001615041000049 - Patente : 31634997 - I.F : 53010882

DR Zoubir BASSIRI

FATIMA SEDKI

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nablouss N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

- Rx pré opératoire / 38.

