

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7801 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUCH KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-032354

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coef	Coefficient des
03 juil 2018					
Ayc D690					
Kamal					
Kamal					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	21433552		
D	25533412	00000000	00000000		
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
D690					
7580					
Date du devis					
30-4-18					
Fin de					
24-5-19					
IC24 D25 IC26 D25 Bridge 3cc 24-25-26 D540					
Docteur DIOURI EL OULAM Hicham CHIRURGIEN DENTISTE Maison Sultan CASABLANCA 13.52					

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-345928

DATE DE DEPOT

/201...

Accord - *El Oulam*

Rb3

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 7801

Nom & Prénom **Ayouch KAMAL**

Fonction : **CDB** Phones. **0661166631**

Mail **ayouchkam@gmail.com**

MEDECIN Prénom du patient **Ayouch Kamal**

Adhérent Conjoint Enfant Age **18-11-1969**

Date **30-4-18** Date 1ère visite

Édentement en compensé

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV

**MUPRAS
RECEPTION 8**

**MUPRAS
27 JUIN 2018**

ACCUEIL

**MUPRAS
25 SEP. 2019**

ACCUEIL

Dr. DIOURI EL OULAM Hicham
CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé en Prothèse et Occlusodontie de Toulouse
C.E.S. de Biomatériaux Dentaires de Bordeaux

الدكتور الديوري العلام هشام

طبيب جراحي للأسنان

أخصائي في التعويض وعلم إطباق الأسنان من جامعة تoulouse

شهادة الدراسات العليا جامعة بوردو

Casablanca le : 24-5-2019 الدار البيضاء في :

M. Ayouch Kamil

INP : 094009115
IF : 41706351
ICE : 00203059600054

Bridge 24-25-26

D690

IC 24 + TC 26

H500

Sept mille cinq cent m-

27 SEP. 2019

BPN

D690

Docteur DIOURI
EL OULAM Hicham
CHIRURGIEN DENTISTE
53, Rond-Point Mers Sultan - CASABLANCA
Tél : 0522 29 89 89 / 0522 27 13 52

53, Rond Point Mers-Sultan, 1er étage (au dessus du Restaurant Mc Donald's) فوق مطعم ماكدونالدز

الهاتف : 05 22 27 13 52 / 05 22 29 89 89

Dr Diouri

AYOUCH KAMAL 24/05/2019 13:18:58# 24 25 26



Lin

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 23, 0

Dr Diouri

AYOUCH KAMAL 27/04/2018 09:14:13# 25 24



870Z Lin E 0

Lin

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 23, 0