

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 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.

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.



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

Declaration de Maladie

N° W19-448820

C

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7847 Société : PAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMEGNER MOHAMMED
 Date de naissance : 12-06-1969
 Adresse : LOT ALO BOUBA DUE 16 N°9 AIN CHOK
 CASR
 Tél. 0673748983 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUBRIK Dr. EL
ORTHODONTISTE
Résidence Jendouharat - 234 Angle Ed.
Ghandi - Omer Al Khayari - Baassejjar
Tél : 3966.66 - Casablanca
MUPRAS
 25 SEP. 2019
 ACCUEILLI
 Age : 50 ans

Date de consultation : 07 / 09 2019
 Nom et prénom du malade : ELMEGNER MOHAMMED
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Soins 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 : CASR Le : 18 / 09 / 19.
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
	07.08.19	ABA, G2

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	

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 : 094011544																				
	42	TRER	D3	COEFFICIENT DES TRAVAUX 047 MONTANTS DES SOINS 9000 DEBUT D'EXECUTION 07/08/19 FIN D'EXECUTION 08/09/19																				
	22	TRER	D12																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B			
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000		00000000																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																			
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Brahim BOUBRIK
Chirurgien Dentiste Spécialiste

Doctorat en médecine dentaire
Diplôme universitaire d'ORTHODONTIE
Diplôme universitaire de PARODONTOLOGIE
Diplôme d'étude supérieur de CHIRURGIE
Diplôme universitaire de PATHOLOGIE DENTAIRES

Certificat d'étude supérieur de
Certificat d'anatomie cervico-faciale
Certificat de physiologie générale
Ancien attaché des hôpitaux de

LevAmox 19 16 COMPROMISES EFFERVESCENTS

PPV 157DH00
LOT 800203
EXP 01/2021

LOT: M0097
EXP: AOÜ 2020
PPV: 24,60 DH

ORDONNANCE

Casablanca, le

AR. ELNEGDER

Aboumoussa

157.00

Leva-mox

14

(S.V)



24,60

Care

50

(S.V)

181,60

24

24

157

Dr. BOUBRIK Brahim
ORTHODONTISTE
Rég. O. 157 DH 00
Tél.: 05 22 39 66 69
Angle Bd
Omar Al Khayam - Beauséjour
Casablanca

CABINET DENTAIRE BOUBRIK

Casablanca, le 18 09 19.

FACTURE détaillée

Dr Brahim BOUBRIK Chirurgien dentiste spécialiste,

Certifie avoir reçu de : **M ELNEGDER MOHAMED**

La somme de : « **Neuf cent** — **Dirhams** »

En règlement intégrale des actes suivants :

SOINS DENTAIRES :

Traitement canaline plus obturation
dent N° 47 - D35 + 8000.
- 2 RVG + 1000.

Dr. BOUBRIK Brahim
DENTISTE
Résidence El Ghazal - 264 Angéle
Chant Ghandi - Beausejour
Casablanca
Tél : 38 66 69

DR BOUBRIK BRAHIM

264.BD GHANDI.CASABLANCA

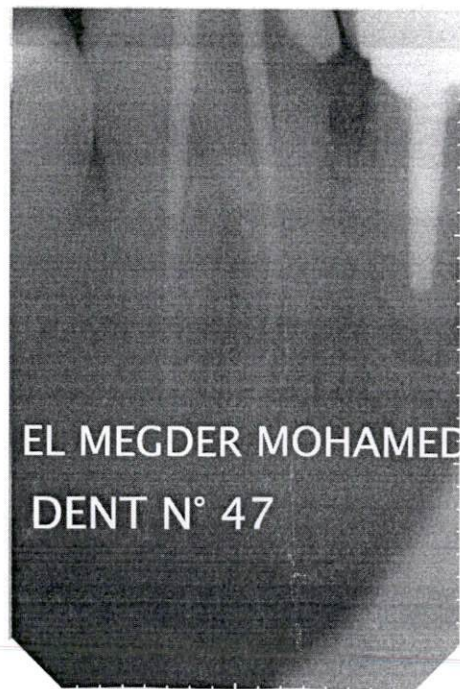
EL MEGDER MOHAMED
DENT N° 47

Lo 070919.

Handwritten signature and date: 20/09/2019

DR BOUBRIK BRAHIM

264.BD GHANDI.CASABLANCA



EL MEGDER MOHAMED

DENT N° 47

Re: 18 09 19.

DR. BOUBRIK Brahim
DENTISTE
Résidence Jendouba - 264 Angle Bd.
Ghandi - Omer Al Khayem - Beauséjour
Tél : 39.66.69 - Casablanca