

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

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.

Maladie chronique :

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0039247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14735 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rouhi HAFSAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 20 86 22 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 ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-039247 EIL

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1610249

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **ROUHP HAFSA**
Matricule : **1735** Fonction : **CLC** Poste :
Adresse : **R. A. BRASHIM ENNEKHAIA N°91 Casablanca**
Tél. : **0662208622** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **Latchini Yomna** Age **21** **05** **08**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : **20/3/19**
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances **Dev's pour 1 Semestre**
ACCUEIL SIEGE RAM
Dr BENEL Yasmine
Chirurgien Dentiste
33 Bd Mohammed VI - Casa
Tel : 022 22 22 22
A **Casa** le **20** / **03** / **19** Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

[illegible][illegible][illegible][illegible]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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																					
O.D.F.	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																								
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

VISA ET CACHET DU PRANCIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca



مركز طب الأسنان

د. ياسمينة ابن المليح

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زراعة الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي بالدار البيضاء

FACTURE N° : FA252/19

Casablanca le: 14/05/2019

l'enfant LATCHINI Youmna

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
14/05/2019	0	traitement ortho		2000

Total : 2 000,00

Arrêté la présente Facture à la
somme de : DEUX MILLE

Dr. BENLEMLIH Yasmina
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
32, Bd. Bir Anzarane 1er étage N° 2
au dessus de Moumni Bir Anzarane
Casablanca - Tél: 05 22 23 44 79

ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage, N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32, شارع بئر أنزران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com

Dr benlemlih yasmina

Chirurgien dentiste_orthodontie_orthodontie_parodontie

implantologie

La patient : latchini yomna

Présente :

SnA=82°LE MAXILLAIRE EST NORMAL

SNB=78°LA MANDIBULE EST RETRUSIVE

Présente une :

Cl II due à une mandibule retrusive

GoGn à SN=36°

UN TYBE FACIAL LONG

HAUTEUR DU VISAGE Sup=56

Hauteur du visage inf=55

La proposition est normal

Position I-NA=4mm

I-NB=9mm

La mandibule est retrusive

Sur le plan dentaire double DDM chevauchement anterosup et antero_inf

Avec cl II avec extraction 14/24

Li=118°

INA= 26°

INB=144°

NB=12 mm

La patient est en Cl II AVEC MANDIBULE RÉTRUSIVE

Dr BENLEMLIH Yasmina
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
33 Bd Bir Anzarane Casa
Tél 022 23 44 79