

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.

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



N° 6531

D/Reub

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009319

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9033 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHIL Mouhamed Date de naissance : 08/03/72

Adresse : mrahil@RoyalAirMaroc.com

Tél. : 0661152283 Total des frais engagés : 3150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hajar ALAMI
Médecin Dentiste
Bd. Med V-Pice S. Mohamed Porte
204 Rés. Zine El Mahaba Porte B
Etg. 02 Casablanca Tel: 05 22 40 12 46

Date de consultation : 06/09/2019

Nom et prénom du malade : Rahil Mouhamed Age : 28

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Chevauchement dentaire et Carie 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 : CASA Le 29/10/2019

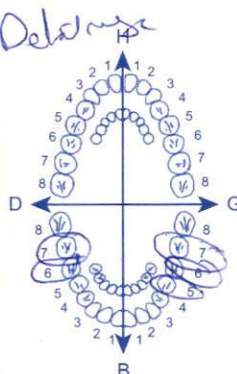
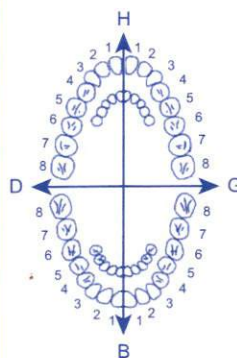
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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															
	3 5	Composite	D10	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D10 x 5 + D12 x 2</u> <u>D74</u>														
	4 6	Composite	D10															
	4 4	Composite	D10															
	3 6	Composite	D10															
	3 7	Composite	D10															
			Haut Détailage	D12	MONTANTS DES SOINS <u>#1610,000H</u>													
			Bas Détailage	D12														
				D74	DEBUT D'EXECUTION <u>06/09/19</u>													
					FIN D'EXECUTION <u>18/10/19</u>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="411 925 646 1088"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D90</u>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <u>#1500,000H</u>														
	Act orthodontique multiaffiche sans extraction (1 ^{er} semestre)			DATE DU DEVIS <u> </u>														
				DATE DE L'EXECUTION <u>26/06/19</u>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hajer ALAMI

Médecin Dentiste

8d. Méd. V. Plice S. Mohamed Porte

204 Rés. Zine El Mahaba Porte B

Etg. 02 - Casablanca - Tél: 05 22 40 02 46

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire H 25533412 21933552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Coefficient des travaux D360 Montant des soins 15000,00 Date du devis 29/03/19 Fin de

VOLET ADHERENT	NOM : RAHLI Douaa	Mle 9033
DECLARATION N° W18-399647		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-399647

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9033
Nom & Prénom RAHLI Douaa		
Fonction : Docteur	Phones 0661183280	
Mail m.rahli@RoyalAirMaroc.com		
MEDECIN		
Prénom du patient RAHLI DOUAA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age 15 ans	Date 16/03/19	
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Malocclusion Dentaire de classe II avec		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Dr. Hajar ALAMI Médecin Dentiste 84, Bd. V. Piché S. Mohamed Porte B 204 Rés. Zine El Mahaba Porte B Etg. 02 - Casablanca - Tél: 05 22 40 02 46		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Fort orthodontique	D360	15000,00
PHARMACIE		
Date		
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date 22/03/19		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Rx panoramique	4000 us	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

ACC



Casablanca, le : 18/10/2019 : الدار البيضاء, في

NOTE D'HONORAIRES

Docteur ALAMI Hajar à l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à M. (Mme) (Mlle)

Enfant Douaa Rabhi

Et lui adresse pour les interventions suivantes :

- Détartrage Haut et Bas Dmax soit #400,000H
- Composite sur 35, 46, 47, 36, 37 Dmax soit #1250,000H
- 1^{er} Semestre du traitement orthodontique
multicette sans exo D soit #100,000H

Sa note d'honoraires soit la

somme de :

#trois mille Cent Cinquante Dirh
#3150,00 Dirhams.

IF: 3364 1678

INPE: 094186434

ICE: 002225630000072

Cachet et signature du médecin

Dr. Hajar ALAMI
Médecin Dentiste
8d. Med V-Plce S. Mohamed Porte
204 Rés. Zine El Mahaba Porte B
Etg 17 Casablanca - Tél: 05 22 40 02 46



~~ORDONNANCE~~

Devis Dentaire

Casablanca, le : 29/03/2019 : الدار البيضاء، في

~~M. Mme Mlle~~ Enfant Doree Kahli

Traitement orthodontique multibras.

Sans extraction d'une durée de
2 ans (4 Semestre)

$$D_{90 \times 4} = D_{360} = 15.000 \text{ Dtl's}$$

Soit deux dentaire soit la Somme de :

Quinze mille Dickens #15,000 DAs.

soit 3750 DH / semestre

Dr. Hajar ALAMI

~~Medecin Dentiste~~

Medecin Dentiste
6d. Med V-Pice S. Mohamed Porte
204 Rés. Zine El Mahaba Porte B
Etg. 02 - Casablanca - Tél: 05 22 40 02 46

Dr. ALAMI Hajar

Médecin Chirurgien Dentiste

SOINS • CHIRURGIE • ORTHODONTIE • PARODONTIE
PROTHÈSE • BLANCHIMENT • RVG



د هاجر علمي

طبيبة جراحة الاسنان

علاج • جراحة • تقويم الأسنان • أمراض اللثة
ترميم • تبييض • أشعة رقمية

ORDONNANCE

Rapport médical

Casablanca, le : 29/03/2019 : في الدار البيضاء، في

M. Mlle Enfant Douaa Rahli

Traitement Orthodontique mult. attache.

Sans extraction d'une durée de 2 ans

(4 semestres) . $D_{90 \times 4} = D_{360}$.

la patiente est en CLI, Non malocquante.

SNA : 85°

SNB : 74°

ANB : 3°

AOBO : 1°

FMA : 26°

FMIA : 93°

IMPA : 58°

SINA : 21° / 1 mm

ILNB : 30° / 1 mm

I / i : 124.

GOGN / SN : 30°

Dr. Hajar ALAMI
Médecin Dentiste
Bd. Mohammed V - Place S. Mohamed Porte
204 Rés. Zine El Mahaba Porte B
Etg. 02 Casablanca - Tél: 05 22 40 02 46