

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.

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 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

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° P19-0041070

Dos n° 9585

Dentaire
REM

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9745 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAMI ABDELKADER

Date de naissance :

Adresse : Casa Blanca au 18452 HADJ FATEH

Tél. : 0663756856 Total des frais engagés : 9997 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RAMI ZOUTBOUR Age :

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

Nature de la maladie : Soins dentaires

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) : [Signature]



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/19	197,00 DA

ICE: 0004893600000038

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

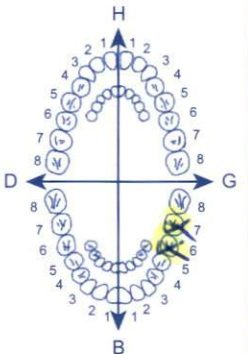
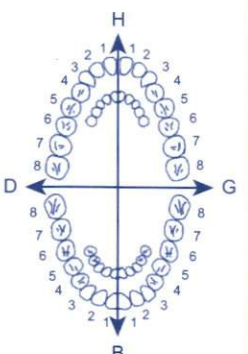
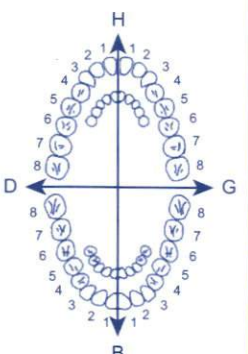
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	Consultation	Consult		Coefficient DES TRAVAUX														
	21/10/19																	
	36	Prothèse D	35	MONTANTS DES SOINS														
	37	Prothèse D	36															
		ob.																
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

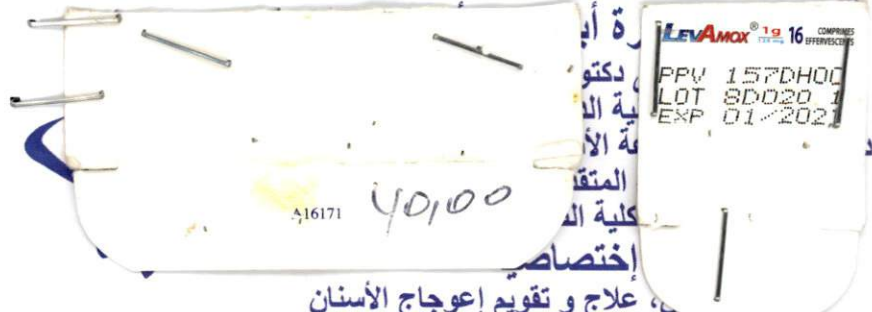
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
		Consultation Gratuit		Coefficient DES TRAVAUX															
		21/10/19																	
		36. Perfecteur D	35	MONTANTS DES SOINS	800DH														
		37. Perfecteur D	36																
		ob.		DEBUT D'EXECUTION	21/10/19														
				FIN D'EXECUTION	11/11/19														
<p>Dr ABOUELMIR Chirurgien Dentiste Orthodontiste Lot. Haj Faten, N°520, Lix, art. Tel: 0522 93 41 33 - Casablanca</p>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																
			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ABOUELMIR Ahlam
 Doctorat de la faculté de Médecine de Casablanca
 Diplôme Universitaire en Implantologie
 Orale et Maxillo Faciale de Toulouse III
 Certificat de Chirurgie Avancée et Dissection
 de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Spécialiste
 Implantologie, Soins, Prothèse, Chirurgie
 Orthodontie, Facettes, Invisaligne, hollywood smile



تبييض و تجميل الأسنان، عدسات الأسنان، ابتسامة هوليوود
 علاج و تقويم إعوجاج الأسنان

Casablanca, le : 21/10/19 الدار البيضاء، في:

157,0
 - L5-VAM-X19
 rcp 47
 40,0
 - molgenda p
 rcp 3/77
 pelt 77
 pelt 57

Dr. ABOUELMIR Ahlam
 Chirurgien Dentiste
 Lot. Haj Fateh N°520 Lissasfa
 Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Σom = 197,0 BT



21 Octo 2019

Docteur ABOUELMIR AHLAM

Chirurgien Dentiste

Implantologie, Soins, Prothèse, chirurgie

Radio, blanchiment

Orthodontie :Adulte et enfant

Note D'honoraires

Date :11/11/2019

Nom : RAMI ZOUHOUR

Total des soins effectués est

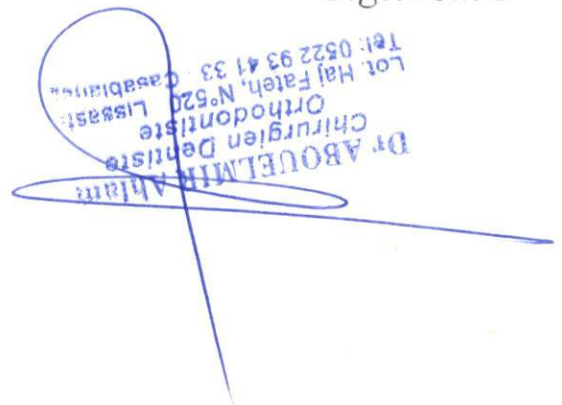
De huit cent dirhams

800 DH

IF :51489310

ICE :001663718000023

Signature


Dr ABOUELMIR AHLAM
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lot. Haj Fatch, N°520 Lissasfa
Tél: 0522 93 41 33 - Casablanca

Patient: RAMI ZOHOUR

11NOV2019 15:10

Ra Apne

Pulpectomie

ob

36 - 37



Dr ABUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa
Tel: 0522 93 41 33 Casablanca

Note:

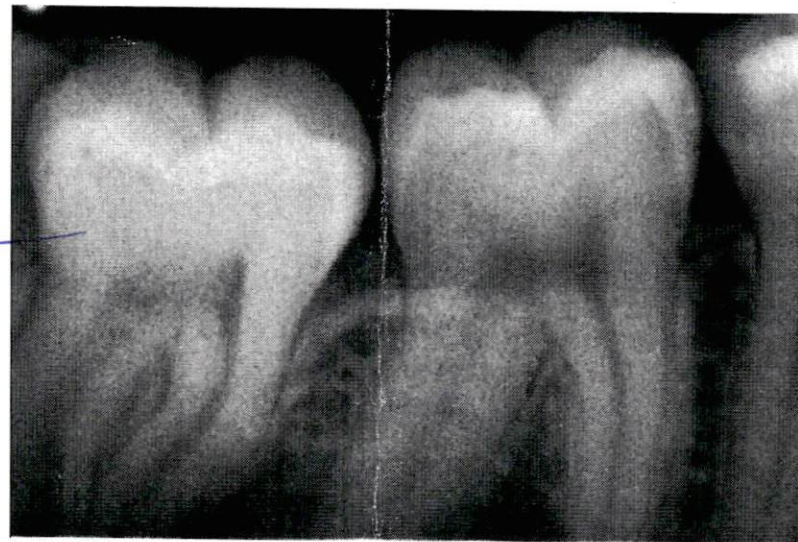
Dr ABUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa
Tel: 0522 93 41 33 Casablanca

Ra Avant

Pulpectomie

ob

36 - 37



Dr ABUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa
Tel: 0522 93 41 33 Casablanca

Note:

DR ABUELMIR AHLAM