

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.

Diagnostic 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le suivi 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0044471

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12520 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZHAR GHIZLANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674028109 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 : 16 DEC. 2019

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) :

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
En charge : pec@mupras.com
Demande de changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 Tél : 05 22 22 45 45 / 01 Fax : 05 22 22 78 18 www.mupras.com

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
Coefficient des travaux D466			
Montant des soins 10.000.000			
Début d'exécution 16/19/19			
Fin d'exécution 16/12/19			
O.D.F. Prothèses dentaires			
Coefficient des travaux D466			
Montant des soins 10.000.000			
Date du devis 16/09/19			
Fin d'exécution 16/12/19			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Zenith Dentistry Center
 Docteur Najwa ROUZOUBAA
 237, lotissement Mandarouna
 Sidi Maarouf (A côté de Marjane California)
 Tél : 0522 22 70 50 - Fax : 0522 22 77 90

Zenith Dentistry Center
 Docteur Najwa ROUZOUBAA
 237, lotissement Mandarouna
 Sidi Maarouf (A côté de Marjane California)
 Tél : 0522 22 70 50 - Fax : 0522 22 77 90

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0065055	
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			



P 17 / 0065055

DATE DE DEPOT / / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12520
Nom & Prénom Y. AZHAR Ghizlane		
Fonction Pilote	Phones 0674028108	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient Redouane Chabani	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
Montant détaillé des honoraires		
Signature et cachet du médecin		
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		
Signature et cachet du Pharmacien		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
CACHET		

Spécialiste en :

Orthodontie de l'enfant et de l'adulte -
 Implantologie - Réhabilitation orale -
 Parodontologie - Dentisterie esthétique -
 Chirurgie buccale - Prothèses

اختصاصية في :
 تقويم اعوجاج الأسنان
 غرس و تعويض الأسنان

Casablanca Le: 16/09/2019

Patient(e): Mme AZHAR Ghizlane

FACTURE N° 353F2019

ICE : 00 17 11 91 40 00 083

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
1 TC MONO	D18	35	750,00 Dhs
1 TC MONO	D25	36	750,00 Dhs
TOTAL			1 500,00 Dhs

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Mille cinq cent Dhs

Signature du Praticien

Zenith Dentistry Center
 Docteur Najwa BOUZOUBAA
 237, lotissement Mandarouna
 Maârouf (à côté de Marjane Californie)
 tel : 06 22 22 70 50 - Fax : 0522 22 77

Zenith Dentistry Center

237, lotissement Mandarouna - Sidi Maârouf - Station Tram zenith (A côté de Marjane Californie)

Tél: (+212) 522 22 70 50 - Fax: (+212) 522 22 77 90

E-mail : nbouzoubaa@gmail.com - Site web : drbouzoubaanajwa.com - En cas d'urgence: 0600 60 96 59

AZHAR Ghizlane

05/12/2019 - 36 -

Lin.

05/12/2019 - 36 -

Lin.

