

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Assurance 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.

6 : 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.n.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0035443

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2727

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RHADIBANE MESSAOUD SAOUD

Date de naissance : 01-01-53

Adresse : 22 lot AL MAWLA CASABLANCA

Tél. : 0661 9613 69

Total des frais engagés : 4.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, Bloc D, Rési. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi - Kénitra
Tél. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

Date de consultation : 01/10/2019

Nom et prénom du malade : RHADIBANE MESSAOUD SAOUD Age : 65 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prothèse 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 :

Signature de l'adhérent(e) : 14 OCT. 2019

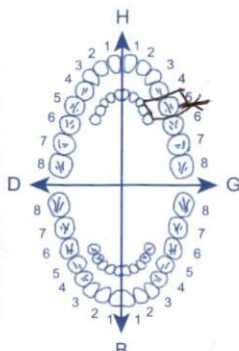
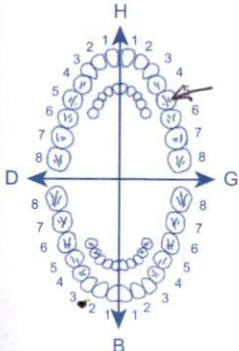
Le : 14 / 10 / 2019

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="Fn + courbes"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="D 220"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="realisé"/>																								
PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D100 + D180. D280."/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4000,00 DH."/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	B																											
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text" value="1-10-19"/>																								
	la 25 e faux pour 8 ans - CCY.			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="02/11/19"/>																								
	25 Ict CCY																											

Dr. Ibtissam BENHASSAN

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

97, Bloc D, Rési. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi Kénitra
Tél. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, Bloc D, Rési. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi Kénitra
Tél. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

NOTE D'HONORAIRES

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste

97, Bloc D, Rés. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi - Kénitra
Tel. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE :

0240 24 580

N° de l'ICE :

001686234000038

N° de l'IF :

40179533

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, Bloc D, Rés. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi - Kénitra
Tel. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

Date

02/11/2019

أسنان معالجت Dents traitées	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
25	21/11/19	2280	4000,00		

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, Bloc D, Rés. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi - Kénitra
Tel. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, Bloc D, Rés. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi - Kénitra
Tel. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

Montant global :

Quatre mille deux cent quatre-vingt

Mode de paiement

☒ Espèces

☐ Chèque

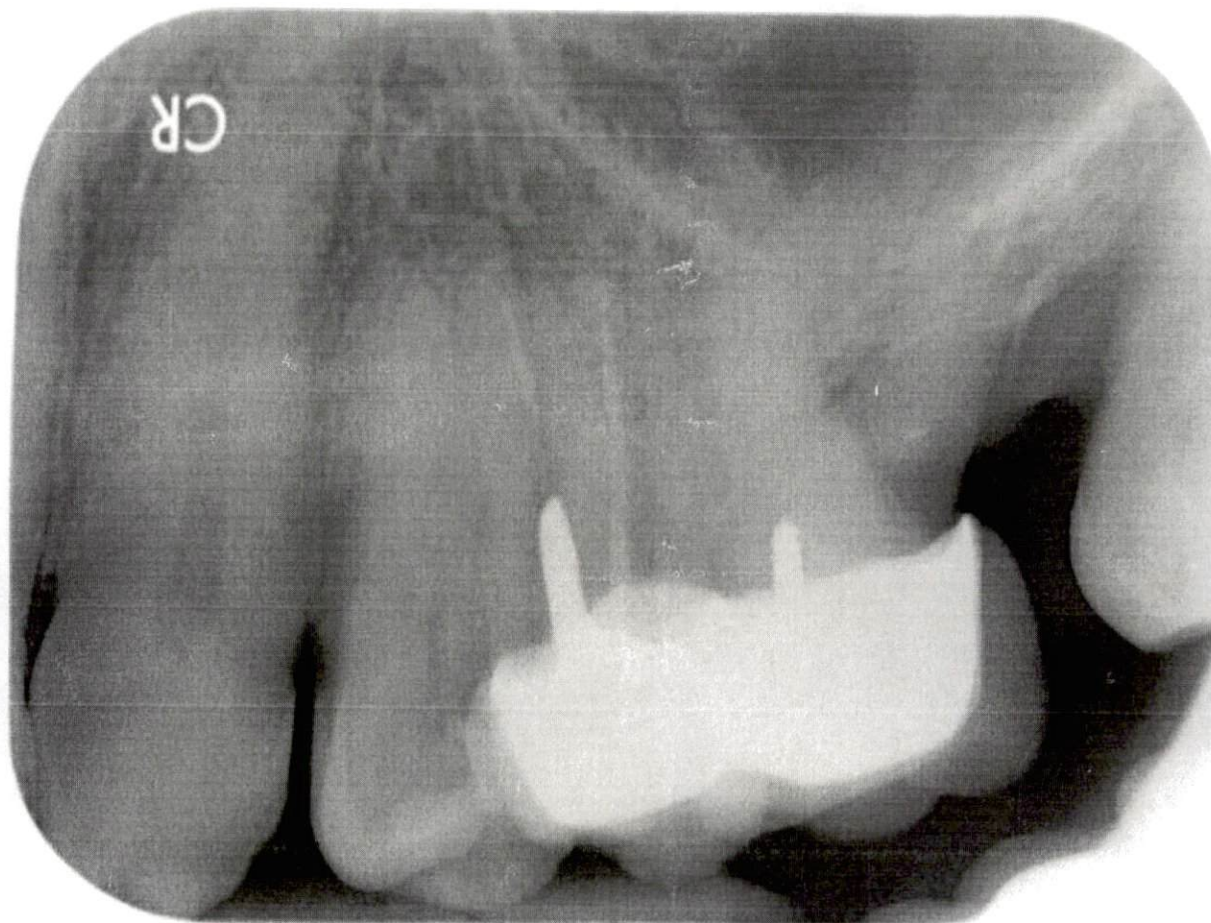
Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, Bloc D, Rés. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi - Kénitra
Tel. 05 37 35 62 54 - G.S.M. : 06 61 50 48 85

Adresse :

97, Bloc D, Rés. Essadik,
Bureau A Maghrib Al Arabi - Kénitra

Téléphone : 0537.35.62.54 Fax :

E-mail :



Id. Patient: R82

Note:

Prenom: SAOUD

Nom: RHADBANE MESSAOUD

Date de naissance: --

Genre:

Numéro dent: 5

Date: 2-11-2019

Heure: 12:48:55

Dr. Ibrissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, Bp D. Rés. Essadik
Bureau A. Maghrib Al Arabi - Kenitra
Tel: 05 37 35 60 54 - 05 37 35 60 55

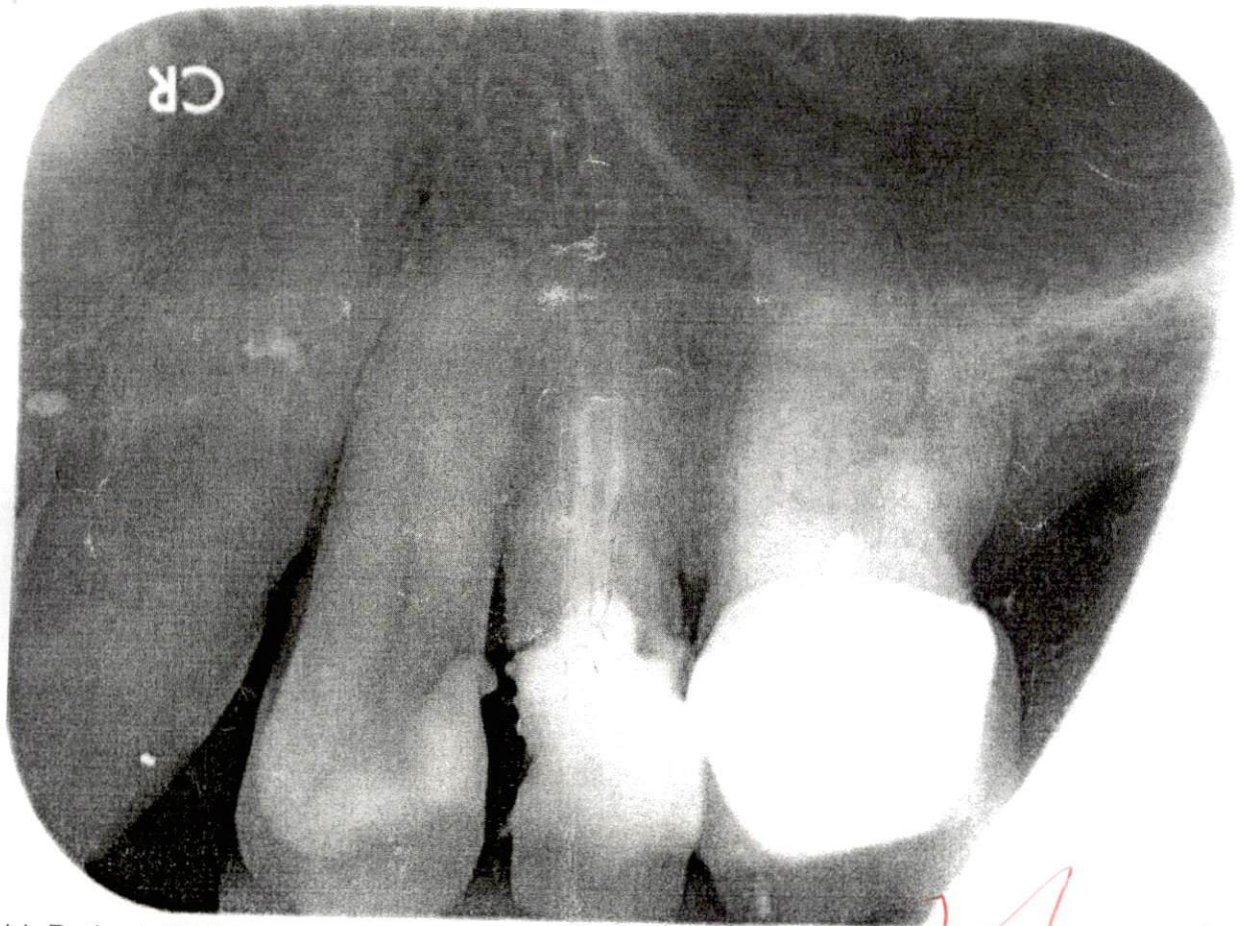
DR BENHASSAN IBTISSAM

CHIRURGIEN DENTISTE

97 ,bloc D, resi essadik bureau A

Maghrib al arabi -kenitra-Maroc

0537356254-066150488



Id. Patient: R82 Note:
Prenom: SAOUD
Nom: RHADBANE MESSAOUD
Date de naissance: --
Genre:
Numéro dent: 24,25
Date: 1-10-2019
Heure: 16:6:11

Handwritten red signature or mark.

