

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-493246

14674

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09684 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BATTAT, ABD ELAZIZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661325255 Total des frais engagés : 4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouna ELHILALI
CHIRURGIEN DENTISTE
250 Rd. Abdelmoumen - CASABLANCA
Tél / Fax : (+212) 022 23 51 11

Date de consultation : 07/12/19

Nom et prénom du malade : BATTAT, AXA Age : 15/05/2007

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

Nature de la maladie : CARIES 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 : Casablanca Le : 31/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

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
07/12/13	D 702 sm 47	D 15	#400,00	INF: 064 169943

Dr. Mouna ELJILANI
CHIRURGIEN DENTISTE
50 Bd. Abdelmoumen - Residence
Abdelmoumen - CASABLANCA

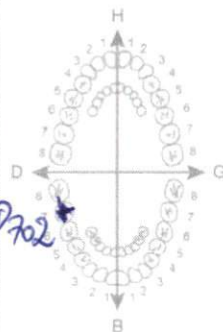
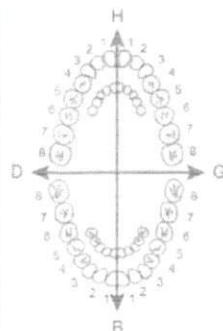
[illegible][illegible][illegible]

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	INP : 094169943																					
	4	7	D702	D ₁₅																					
	<div> <div>Dr. Mouna EL TILAL</div> <div>CHIRURGIEN DENTISTE</div> <div>250 Bd. Abdelmoumen, Résidence</div> <div>Imrajes Abdelmoumen, ALGER - ALGER</div> <div>Tel / Fax : (+212) 022 23 57 16</div> </div>																								
	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₁₅																								
	MONTANTS DES SOINS #400,00																								
	DEBUT D'EXECUTION 07/12/19																								
	FIN D'EXECUTION 07/12/19																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> </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																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

250 Rd. Abdelmoumen St,
Bordj, Algérie
Tél / Fax : (+212) 022 23 12 34

CABINET DENTAIRE
Abrajes Abdelmoumen
Dr Mouna EL HILALI

Lauréate de l'Université Hassan II
et du Centre Hospitalier Ibn Rochd - Casablanca



عيادة طب الأسنان
أبراج عبد المومن
الدكتورة منى الهلالي
خريجة جامعة الحسن الثاني
والمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le 07/12/19

Nom du patient : BAJJAJI

Prénom du patient : AYA

Acte : D702 sur 47

Cotation : D15

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : # 400,00 DHS #
(Quatre cents dirhams)

Pour les soins et actes dentaires réalisés.

Dr. Mouna EL HILALI
CHIRURGIEN DENTISTE
250 Bd. Abdelmoumen, Résidence
Abrajes Abdelmoumen - CASABLANCA
Tél / Fax : (+212) 05 22 23 57 16

250, Boulevard Abdelmoumen - Résidence Abrajes Abdelmoumen
Imm.A - App. 9 (2ème étage) - Casablanca - Tél./Fax : (+212) 05 22 23 57 16