

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.

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

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

Nº P19- 0029618

ND
13898

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2534

Société : RA of

Actif

Pensionné(e)

Autre : We

Nom & Prénom : EL ABIZ NINA We KATHIE ELARBI

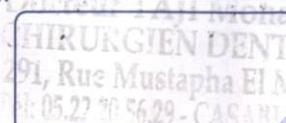
Date de naissance : 01/01/1973

Adresse : Rue 6 N-16 Hôpital Alia ouf La Casablanca

Tél. : 0665 88.44.13 Total des frais engagés : 9000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/2019

Nom et prénom du malade : KATIE NINA

Age :

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 : casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

25 DEC 2019

ACCUEIL

06 JAN 2020

ACCUEIL

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				27/05/2019 360														
				FIN D'EXECUTION														
				27/05/2019 360														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Bridge sur</i></p> <p><i>Sur le 19-12-13</i></p> <p><i>360 = 360</i></p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		18/12/18																
		DATE DE L'EXECUTION																
		02/01/2020																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur TAJI Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
291, Rue Mouloudji Maani
Tél: 05.22.20.51.29 - CASABLANCA



Diplome d'orthpedie dento-facile (Dijon)
Diplome de biomaterieux et systemes
implantaire (Bordeaux).
Diplome de radiologie dentaire et
maxilo faciale.
Diplome de managment du cabinet dentaire.

دبلوم تقويم الأسنان بديجون (فرنسا).
دبلوم زرع الأسنان ببوردو (فرنسا).
دبلوم التصوير بالأشعة الراديو لوجي للأسنان.
دبلوم تسيير عيادة طب الأسنان.

Casablanca, le 02/01/2020

Patient(e): Mme KAIMEZ Mina

FACTURE N° 99M2019

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
BRIDGE 2 CCM	HN 0	11, 12	6 000,00 DH
COURONNE CERAMO-METAL	HN 0	13	3 000,00 DH
TOTAL			9 000,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de

Neuf mille

Signature du Praticien

Dr. TAHI Mohamed
CHIRURGEN DENTISTE
291, Rue Musiapha El Maani
Tel: 05.22.30.56.29 - CASABLANCA



Date : 02/01/2020
N°Dents : 13,12,11

Dr. TAHI Mohamed
CHIRURGEN DENTISTE
291, Rue Musiapha El Maani
Tel: 05.22.30.56.29 - CASABLANCA

[Handwritten signature over the stamp]

Dokteur TAJ Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
291, Rue Mustapha El Mâani
Tél: 05.22.20.56.29 - CASABLANCA



Date : 18/12/2019
N°Dents : 11



Date : 18/12/2019
N°Dents : 13,12