

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 doivent être jointes 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 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 : pcc@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.

Déclaration de Maladie

N° W19-492880

RID



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01948

16290

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Tbara DRASS

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 5 Rue Mohamed Lhorout

Tél. : 0669557044

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed TAIBI
Chirurgien Dentiste
66, Bd. Ahfir (Imm. Moumni) n°
0011IDA - Tel: 056 68 19 52

Date de consultation : 09-12-2019

Nom et prénom du malade : JBAK Ahmed Driss

Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Ouijda

Enfant

Nature de la maladie : Sans maladie

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

13 JAN. 2020

ACCUEIL 2, 2019

RELEVE 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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 plan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 084083852

COEFFICIENT DES TRAVAUX	D.15

MONTANTS DES SOINS	300Dhs

DEBUT D'EXECUTION	

FIN D'EXECUTION	09.10.19

COEFFICIENT DES TRAVAUX	

MONTANTS DES SOINS	

DATE DU DEVIS	

DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Therapeutique nécessaire à la profession

H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Therapeutique nécessaire à la profession

H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Therapeutique nécessaire à la profession

H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ahmed TAIBI
Chirurgien Dentiste
66 Bd. Ahfir (Imm. Moumine) n°1
OUJDA - Tel: 056 68 19 52

Docteur Ahmed TAIBI

CHIRURGIEN DENTISTE

Soins - Chirurgie - Prothèse - Radiologie
Enfants - Adultes

66, Bd Ahfir, (Imm. Moumni)
1^{er} Et. Appt. n° 1 - OUJDA
Tél. 05 36 68 19 52

الدكتور أحمد طببي

طبيب جراحي للأنسان
أشعة - تعويض - جراحة - ترميم
الصغار والكبار

66، شارع أحفير (عمارة المونني)
الطابق الأول رقم 1 - وجدة
الهاتف : 05 36 68 19 52

Oujda, le 09.12.19 وحدة في

ATTESTATION DE PAIEMENT

Je soussigné, Docteur Ahmed TAIBI Chirurgien dentiste; Oujda certifie
avoir reçu la somme de :

300 NC (en chiffre)

trois cent dirhams (en lettre)
Dr. Ahmed TAIBI
Chirurgien Dentiste
66, Bd Ahfir (Imm. Moumni) n° 1
Tél. 056 68 19 52

de la part de : (Mr, Mme, Mlle) : *JBARA*

Pour les actes inscrits dans la feuille de soins de prothèse
dentaire ci-contre jointe.

Cette facture établie et remise à la demande de l'intéressé pour
servir et valoir ce que de droit.

Fait à Oujda, le : 09.12.19

Signature :

Dr. Ahmed TAIBI
Chirurgien Dentiste
66, Bd Ahfir (Imm. Moumni) n° 1
OUJDA . Tél. 056 68 19 52