

RÉCOMMANDATIONS 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 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

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

Par accord préalable

Déclaration de Maladie

N° W19-504495



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

4151

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUKDOUR Brahim

ND

Date de naissance :

1/1/1949

Adresse :

19 lot Karim Bel Mekka CASA

Tél. :

06 63 47 18 51

Total des frais engagés :

ICP : 0018767600006

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

8/1/2020

Nom et prénom du malade :

BOUKDOUR Bachir

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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) :

Ben Abdellah

ACCUEIL
Le : 08 JAN 2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-504495

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Denis

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) : goutier
Total des frais engagés : D = 120
Date de dépôt :

REUVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

BELEVE 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	INP : <u>094181461</u>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXÉCUTION <u>08/01/2010</u> <input type="text"/>												
				FIN D'EXÉCUTION <u>08/01/2010</u> <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <u>D 120</u> <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <u>Sous</u> <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <u>le 08/01/2010</u> <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXÉCUTION <u>le 08/01/2010</u> <input type="text"/>												
<p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: left;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p align="center"><u>le 08/01/2010.</u></p> <p align="center"><u>Gouttielle ouclusale</u> <u>inférieure thérapeutique</u></p> <p align="center">DR. SALWA ABDELKHALEK</p>						H		D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		G			B	
	H															
D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553														
	G															
	B															

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

~~TEL : 03 22 23 81 26
ICE : 00187070000086~~

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 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 |

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.

N° W19-504489

D/R

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **14151**

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

BOUKDOUA Brahim

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

19 lot Karam Bd la Mecque CASA

Tél. : **06 63 47 18 51**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la 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 :

CAEN

Le : **17/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Bellamy

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094 NT 1461
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000	
B	00000000	00000000	
G	35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Le 17/01/20
gouttière occlusale
inférieure thérapeutique

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
17/01/20	17/01/20

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHIRURGIEN DENTISTE

طبيبة جراحة للأسنان

Diplômée de F.M.D.C

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

الدار البيضاء في ... Casablanca, le : A.D. 117



Facture

la patiente Raettida sonkour
a bien payé la somme de
50000 dinars pour finaliser
sa dernière thérapie.





مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

23/12/19

Cher collègue je vous confie
Mr Ben Kdoss Rachid pour
un en sthos modér pour
échec pour OAN.

cordialement.

Dr Jorhodi

Dr. EL KHATTABI W.
professeur agrégée
Pneumo Allergologie

مستعجلات 24/24 URGENCES 24/24

الدكتورة سلوى عبد الخالق

CHIRURGIEN DENTISTE

طبيبة جراحه للأسنان

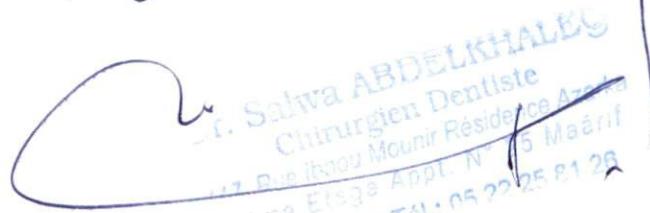
Diplômée de F.M.D.C

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le 08-01-2010
الدار البيضاء في

Film diagnostique.

Nous avons examiné Mme Boukdaour Rachida
qui présente un déplacement distal irreductible
bilatéral avec une perte de calage et
des lésions, nécessitant un traitement
par orthèse oculaire.


Dr. Salwa ABDELKHALQ
Chirurgien Dentiste
117, Rue Ibnou Mounir Résidence Azzarka
Casablanca - Tél : 05 22 25 81 26
N°25 - 3ème étage - Appt N°25 - Maarif - Casablanca

117، زنقة ابن منير، إقامة الزرقاء - الطابق الثالث - الشقة رقم 25 - المعاريف - الدار البيضاء

117, Rue Ibnou Mounir - Résidence Azzarka - 3ème étage - Appt N°25 - Maarif - Casablanca

الهاتف: 05 22 25 81 26

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 30/12/2019

Patient : BOUKDOUR RACHIDA

Prescripteur : Dr ABDELKHALEQ SALWA

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

- Extractions dentaires et soins dentaires multiples.
- Absence de lésion péri apicale décelable.
- Absence d'anomalie focale de la trame osseuse en dehors d'une petite condensation osseuse au niveau de la branche horizontale droite de la mandibule.
- Aération normale des sinus maxillaires.



Cordialement

DR BENBOUBKER

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 30/12/2019

Patiene : BOUKDOUR RACHIDA

Prescripteur : Dr ABDELKHALEQ SALWA

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

- Extractions dentaires et soins dentaires multiples.
- Absence de lésion péri apicale décelable.
- Absence d'anomalie focale de la trame osseuse en dehors d'une petite condensation osseuse au niveau de la branche horizontale droite de la mandibule.
- Aération normale des sinus maxillaires.

