

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.

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

M22- 0043871

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2586

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJAOUI Abdelaziz

Date de naissance : 02.06.1953

Adresse : abdelaziz.benjaoui@wanadoo.fr

Tél. 0033603180361

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 07/02/2024

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 : Sans

Le : 29/02/24

Signature de l'adhérent(e) :

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

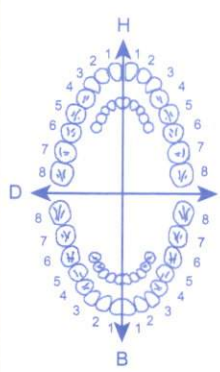
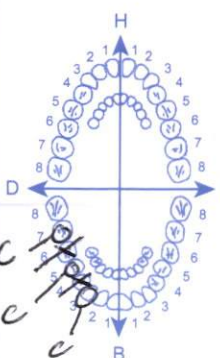
[illegible][illegible][illegible]

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 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"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text" value="UR 43 x 2"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="UR 45 x 2"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="UR 43 et 45"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="UR 43 et 47"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="UR 43 et 47"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text" value="2085 €"/>										
	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Inlay score m 43 et 45 • Bridge 43 à 47 Grando-metallurgique 			DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text" value="30/1/2024"/>										
Patrick ZEITOUN			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text" value="29/2/2024"/>											
Patrick ZEITOUN														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Bureau de Chirurgie Dentaire

Centre Médical Irène Joliot Curie

2-4 rue Frédéric Joliot Curie

92220 SEVRAN

VISA ET CACHET DU CENTRE DE CHIRURGIE DENTITAIRE

Bureau de Chirurgie Dentaire

Centre Médical Irène Joliot Curie

2-4 rue Frédéric Joliot Curie

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	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

Diagram of a 1D lattice with 10 sites. The sites are numbered 1 to 5 from left to right, and 4 to 1 from right to left. The magnetic field H is indicated by an upward arrow above the central sites.

Diagram illustrating a bridge between two groups of chromosomes (43 and 45) with a reciprocal translocation. The diagram shows a vertical axis labeled 'G' at the top and 'B' at the bottom, and a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'C' on the right. Chromosomes are represented by circles with numbers and letters. A handwritten note 'c' is next to the diagram.

Montants des soins : 2085 €

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION 29/2/2024

Patrick ZEITOUN
 Docteur en Chirurgie Dentaire
 Centre Medical Irène Joliot Curie
 24 rue Frédéric Joliot Curie
 93270 SEVRAN
 Tél : 01 43 84 25 00

Patrick ZEITOUN
 VISA ET CACHET DU **Centre Médical Hène Joliot Curie**
 24 rue Frédéric Joliot Curie
 93270 SEVRAN
 Tél : 01 43 84 25 00

Patrick Zeitoun

Docteur en Chirurgie Dentaire

Centre Médical Irène Joliot-Curie
Angle Avenues A. Toutain et J. Allende

93270 Sevran

Tél. : 01 43 84 25 00

N° RPPS



10000278142

29/2/2024 n° BEUSAOU
IKHES

FACTURE DE TRAITEMENT
PROTHÉTIQUE

* Réalisation d'un Inlay core n 43

UBLO 745 = 175 Euros

* Réalisation d'un Inlay core n 45

UBLO 745 = 175 Euros

a Réalisation d'un bridge de 43 à 47 (caramandjilje)

43 144,45 : UBLO 227 = 1235 Euros

46 : UBMO 479 = 200 Euros

47 : UBMO 087 = 300 Euros

Facture Approuvée

Patrick ZEITOUN

Docteur en Chirurgie Dentaire

Centre Médical Irène Joliot Curie

2-4 rue Frédéric Joliot Curie

93270 SEVRAN

Tél.: 01 43 84 25 00

N° AM



934160086

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèques est accepté.

10176608001