

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-675235

206761

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.136

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL RHOULI YASSER

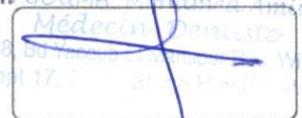
Date de naissance : 19/05/1992

Adresse : n° 39 , Villa d'Amfa 3 , Dar Benazzza , Casa

Tél. : 06 15 10 9368

Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

21/05/2021

Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

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 :

Le : 22/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 Particier	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, lorsque le total de l'ODF

INPE :

094193141

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D_{12x2}

MONTANTS DES SOINS

300.000Dhs

DEBUT D'EXECUTION

21/05/2024

FIN D'EXECUTION

21/05/2024

COEFFICIENT DES TRAVAUX

[REDACTED]

MONTANTS DES SOINS

[REDACTED]

DATE DU DEVIS

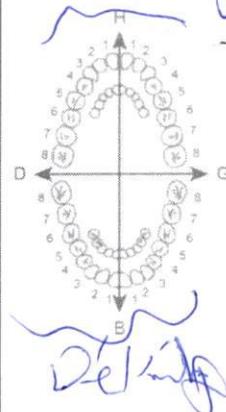
[REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION

[REDACTED]

SOINS DENTAIRES

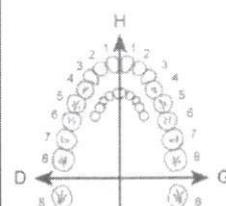
Detritype



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

*Dr. Soufia Mohamed Amine
Médecin Dentiste
208, Bd Yacoub El Mansour Rés, Wifak
Appt 17, 3ème Etage Hay Essalam
Casablanca - Tel: 0522 94 72 93*

N° 6

Cabinet DENTAIRE

Dr. GOUMA Mohamed Amine

Chirurgien Dentiste

M^{me} Meriem Limni



Finance City
Dental Center
FC/DC

21/08/2024

Note d'honoraires

DATE	Nature des Travaux	Cotation	Code	Montant
21/08/2024	2 Dentist muse	DR 22	7	300,00 DH

Arrête la présente note à la somme de 300,00 DH

Trois cent dirhams

Finance City Dental Center
268, Bd Yacoub El Mansour Residence, Wifak
Appt 17, 3ème Etage Hay Essalam
Casablanca - Tél: 0522 94 72 93
ICE: 003451297000068

268, Bd Yacoub El Mansour Résidence, Wifak Appt 17, 3ème Etage
Hay Essalam - Casablanca - Tél: 0522 94 72 93

RC : 621047 - ICE: 003451297000068 - Patente : 34802076 - IF : 60282867
INPE: 094181104 - financecitydentalcenter