

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.



Déclaration de Maladie

M23-021905

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3248 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BECCAC Sidki

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : / Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :



Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23-021905

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

201805

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

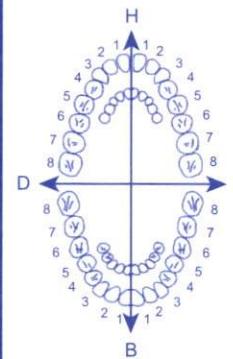
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

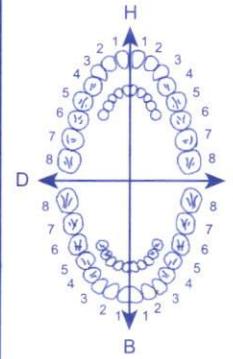


ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 867232

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BELLAL SIDKI
Matricule : 3248 Fonction : RETRAITÉ Poste :
Adresse : TAHAN AÏSSI
Tél. : 06 68 40 61 14 Signature Adhérent sidki

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BELLAL SIDKI Age LOL LOI 1956
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 27/07/2023

Nature de la maladie : Soins de chirurgie

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A MARRAKECH le 27/07/2023 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

AHMAM HANE
CHIRURGIEN DENTISTE
RES. KANTARA, AV. ALLAL
EL FASSI, MARRAKECH
TEL : 0524 50 00 45 25

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/1983	181,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. HASSI HASSAN RAKKEH	27/7/23	Rapport orange 215	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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													
	28	Extraction	D12	CŒFFICIENT DES TRAVAUX DA2												
				MONTANT DES SOINS 5000Dhs												
				DEBUT D'EXECUTION 27/10/18												
				FIN D'EXECUTION 27/10/18												
<p style="text-align: center;">AHMADINE JAHANE CHIRURGIEN DENTISTE RES KAVANAH, AVENUE N°1 AV. ALLAL EL FASCH, MARRAKECH TEL : 0524 308 304 / 06 61 99 45 25</p>																
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	G	00000000	35533411		11433553			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	H	21433552														
00000000		00000000														
00000000	G	00000000														
35533411		11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

الدكتورة الشرقاوي الفاسي حنان
Dr CHERKAOUI EL FASSI Hanane
Chirurgien Dentiste
Av. Allal El Fassi Daoudi
MARRAKECH

AHMAD IMANE
CHIRURGEN DENTISTE
RES. KAWTAKA APT N°1 AV. ALLAL
EL FASSI MARRAKECH

SIDKI BELLAL
Date de naissance: 07/06/1956

27/07/2023 10:14:39

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

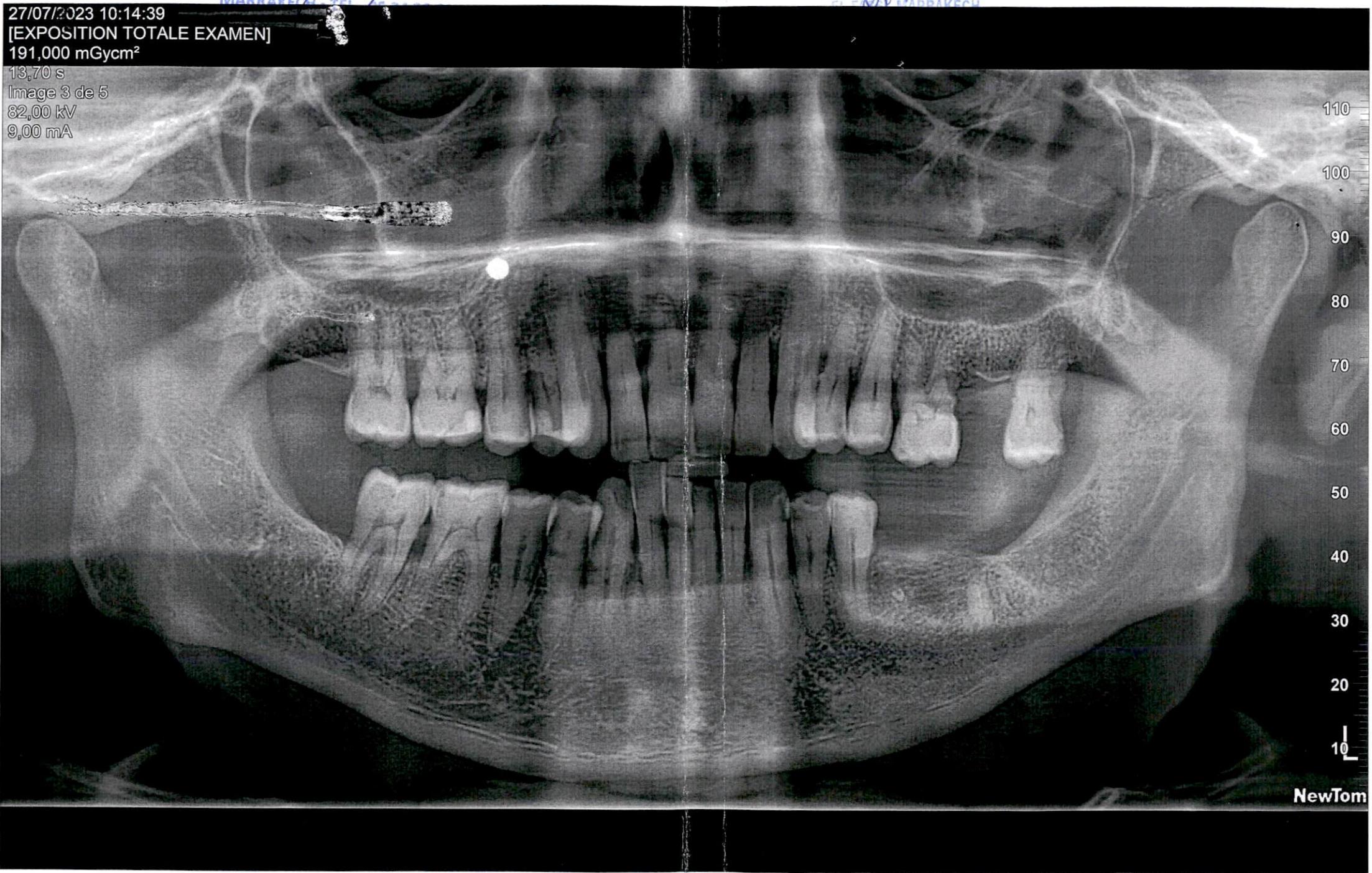
191,000 mGycm²

13,70 s

Image 3 de 5

82,00 kV

9,00 mA



Cabinet Dr Ahmam imane

الدكتورة أحمام إيمان

Chirurgien dentiste

طبيبة جراحية للأسنان

Diplômée de la faculté

جامعة طب الأسنان بالمنستير تونس

Médecine dentaire de Monastir-
Tunisie

FACTURE N°16 7123

Marrakech, le 27-7-2023

Nom : BELLAL

Prénom : SIDIKI

Acte : Extraction de la 28

Coefficient : D12

Montant global : 500 دج

Arrêter la présente facturée à la somme de cinq cent dirhams
-----Dirhams

Signature : -----

AHMAM
CHIRURGIEN DENTISTE
RES. KAWTAR, APPN 1
EL FASSI MARRAKCH
TEL : 0524 300 304 / 06 61 55 45 21

IF :40171219 - CNSS :4114683 - TP :45396123 - ICE :001612797000012

Imm.kawtar app.1 av.allal el fassi (à côté de l'école okade des langues)-Marrakech

إقامة كوش شقة رقم 1 شارع علال الفاسي (قرب مدرسة عكاظ للغات) -مراكش

GSM :0661994525 - المحمول: Tel 0524300304: 1 الهاتف:

Marrakech, le : 27/7/23
مراكش، في :

Facture

Nom : BELAL SIDI KI

الدكتورة الشرقاوي الفاسي حنان
Dr. CHERKAOUI EL FASSI Hanane
Chirurgien Dentiste
Av. Allal El Fassi Daoudiata
MARRAKECH TEL 05 24 30 60 59

R x panoramique dentaire

au prix de 200 Dh

الدكتورة الشرقاوي الفاسي حنان
Dr. CHERKAOUI EL FASSI Hanane
Chirurgien Dentiste
Av. Allal El Fassi Daoudiata
MARRAKECH TEL 05 24 30 60 59

شارع علال الفاسي عمارة نفيس س. 2 مقابل ب. م. ت. خ. الداوديات - مراكش - الهاتف : 05 24 30 60 59

Av. Allal El Fassi Imm. N'fiss C2 en Face BMCE Daoudiata - Marrakech - Tél. : 05 24 30 60 59

Patente : 45301822 - CNSS : 2129585 - IR : 69132736 - INP : 074021270 - ICE : 001647108000062

Dr. IMANE AHMAM
Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté de Médecine
Dentaire de Monastir - Tunisie

الدكتورة ايمان احمد
طبيبة جراحية الـ 8 سنان
خريجة كلية طب الـ 8 سنان
بالمتنسر - تونس

ORDONNANCE

Marrakech Le : 27/10/2023

M Radio Ronciane

الدكتورة ايمان احمد
Dr. IMAHMA
Dr. CHERKAOUI EL FASSI Hanane
Chirurgien Dentiste
AV. ALLAL EL FASSI Dhouadiate
MARRAKECH TEL : 05 24 30 60 59

AHMAM IMANE
CHIRURGIEN DENTISTE
RES. KAWTAR, APP N°1 AV. ALLAL
EL FASSI, MARRAKECH
TEL : 0524 304 06 / 06 61 99 45 25

اقامة كوثر شقة رقم 1 شارع عدل الفاسي (قرب مدرسة عكاظ) مراكش
Imm. Kawtar App. 1 Av. Allal El Fassi (à côté de l'école okade des langues) Marrakech
IF : 40171219 - CNSS : 4114683 - TP : 45396123 - ICE : 001612797000012
GCM : 05 24 30 03 04 - المحمول : GCM : 06 61 99 45 25
الهاتف :

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
LOT : 22E007
PER. : 09/2025

P.P.V : 30DH00



6 118000 061878

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

12 SACHETS



6 118000 041115

PPV: 98DH00
PER: 03-26
LOT: M 983

LOT : 23E005
PER. : 02/2026

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

Dr. IMANE AHMAM
Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté de Médecine
Dentaire de Monastir - Tunisie

الدكتورة ايمان احمدام
طبيبة جراحية 48 سنة
خريجة كلية طب 48 سنة
بالمونتس - تونس

ORDONNANCE

Marrakech Le :

24/11/2023

1) ALZAMOK (M).
98,0 2 Sachets par Pdt 6g.

2) Nodol - Fen (400mg).
30,0 2 cpl/jour - Pdt 6g.

3) Relaxol.
53,10 3 cpl/jour - Pdt 6g.

181,10



AHMAM IMANE
CHIRURGIEN DENTISTE
PHARMACIE AL QUODS
BENABDERRAZIK Abdellah
Av. Allal El Fassi - Marrakech
Fax: 05 24 30 82 94

اقامة كوثر شقة رقم 1 شارع علال الفاسي (قرب مدرسة عكاظ) مراكش
Imm. Kawtar App. 1 Av. Allal El Fassi (à côté de l'école okade des langues) Marrakech
IF: 40171219 - CNSS: 4114683 - TP: 45396123 - ICE: 001612797000012
GCM: 05 24 30 03 04 - المحمول: GCM: 06 61 99 45 25
الهاتف: