

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-003749

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 514 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LYASSIMI Mohamed
 Date de naissance : 01-01-1945
 Adresse : 1035 TICHKA HOG ALINAZA I
 Ann Chock CASABLANCA
 Tél : 0611423232 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/07/2023
 Nom et prénom du malade : LYASSIMI Aicha Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : soins dentaires
 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 : CASABLANCA Le : 19/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ANNAJAT CASA Ismail Mohamed ARRAZI Dentiste en Pharmacie Imara 1, Les Al Boustane Imm J Tél: 05 22 52 73 99	18/07/23	333,00 INPE : 092010396

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

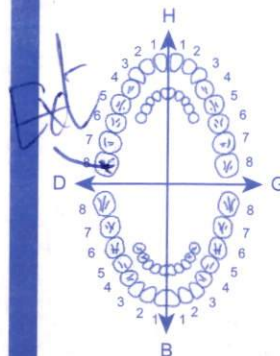
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
	18/07/23			Coefficient DES TRAVAUX D10
				MONTANTS DES SOINS 600,00
				DEBUT D'EXECUTION 18/07/23
	24/08/23			FIN D'EXECUTION 24/08/23

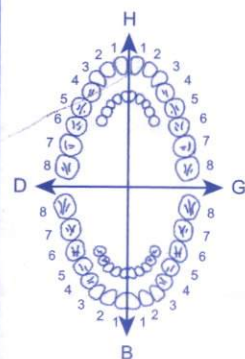
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANTS 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



CENTRE DENTAIRE **CHIFAA**

مركز طب الأسنان الشفاء

Ordonnance

Le

19/07/2023

Mme LYBBI I Aicha

PPV: 126,30 DH
LOT: 652139
PER: 04/25

PPV: 126,30 DH
LOT: 651840
PER: 03/25

1) Augmentin 1g



1 sachet 2x/J, ptt 8J, à commencer la veille.

2) Solupred (20mg)



20 cp en une seule prise, le matin, ptt 5J à commencer le jour de l'intervention

3) Doliprane 1000



1cp en cas de douleur, sans dépasser 4cp/J

4) Eludril (BB)



En sirop 3x/J à commencer 24h après

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH



PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M1989

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V : 17DH70



Bd Oum Rabii, imm 3 rue 75, 2 ème étage El Oulfa - Casablanca - Maroc

+212 5 22 65 86 78 Urgence +212 6 61 54 87 82 +212 6 66 41 44 45 c.d. chifaa@gmail.com

3333



CENTRE DENTAIRE CHIFAA
مركز طب الأسنان الشفاء

Ordonnance

Le 24 / 08 / 2023

Note d'honoraires

Mme LYASSI MI
Fiche

Extraction de la 18

D₁₀

600,00

Six cent HT

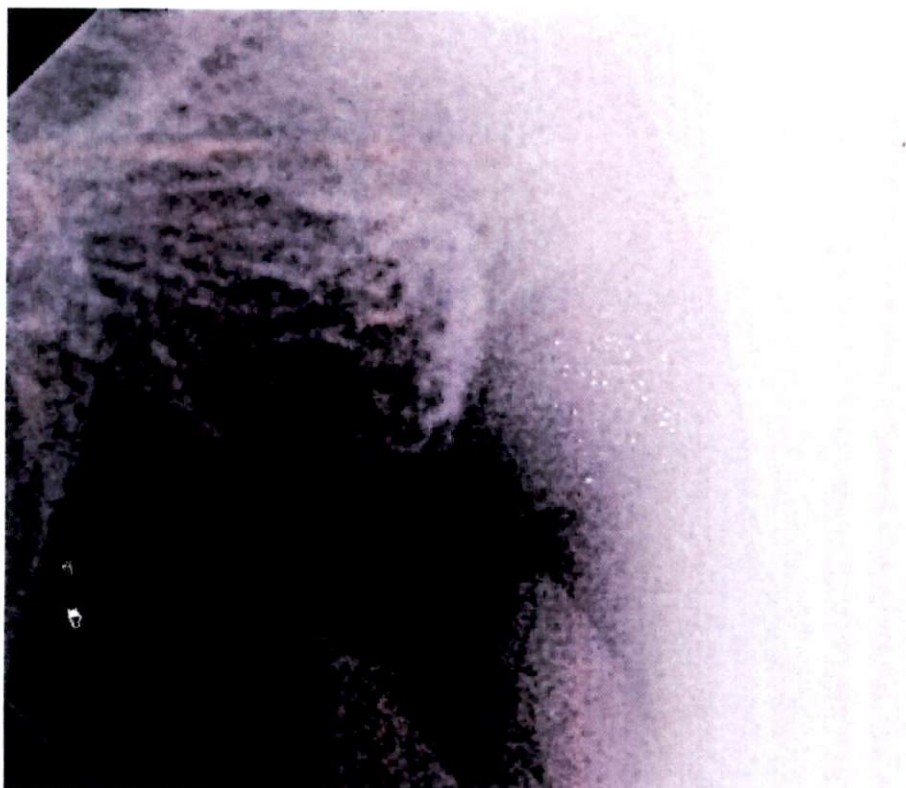
Centre Dentaire Chifaa
Docteur Bilal KAF
Chirurgien Dentiste
Lot 37 948 Casablanca Rabii 3ème Etage
Tél: 0522 65 86 78 - Fax: 0522 65 86 77

DR kaf widad

Ms. aicha lyassimi

18 Après

Né(e) le : 01/01/1901
Numéro INSEE :



Date du cliché : 24/08/2023

Localisation :

Commentaire :

Extracting 18



DR kaf widad

Ms. aicha lyassimi

18 Avant

Né(e) le : 01/01/1901
Numéro INSEE :



Date du cliché : 19/07/2023

Localisation :

Commentaire :

