

# 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-825438

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10821 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUENI SHAFI

Date de naissance : 04/04/76

Adresse : 189618

Tél. : 0666 263553 Total des frais engagés : 2800

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/10/23

Nom et prénom du malade : TEMSAMANI KENZOU Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Dentaire

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT



# 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
				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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 169 266 49
	Sup 14	Prothèse	216	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="216"/> 58 MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2800"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="20.12"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="01.12"/>
	12	RC	D16	
	16	RC	D16	
	17	RC	D16	
	32	RC	D16	
	26	RC	D16	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. BENESSAOU Saad  
 Médecin-Dentiste  
 Angle Bd. du 8 V et Av. de l'Industrie  
 Résidence Yammoussi  
 Tels: 05 29 94 60 75

**Dr Saad BENMESSAOUD**  
**Médecin Chirurgien Dentiste**

Radio - Soins - chirurgie  
Prothèses - Orthodontie  
Blanchiment - Implantologie

Angle boulevard Med V et Avenue Youssef Ibn Tachafine  
Rés Yamna 1er Etage N°32 - TANGER

Tél: 0539 94 60 75  
E-mail: s.saad@dentistesb.com www.dentistesb.com



**الدكتور بنمسعود سعد**  
**طبيب جراحي للأسنان**

أشعة - تقويم - جراحة - تعويض  
تبييض الأسنان - ترميم - زرع الأسنان

ملتقى شارع محمد الخامس وشارع يوسف بن تاشفين  
إقامة يامنة الطابق الأول رقم 32 طنجة

Tél: 0539 94 60 75  
E-mail: s.saad@dentistesb.com www.dentistesb.com

Temsamani Kenzo

**Facture / Devis**

Date	Interventions	Honoraires
30.10.23	Pourvu qm + R.C 17 + 16 + 47	300 1500
01.11.23	R.C 37 + 36	1000
		2800,- 54

Arrêtée La Présente Facture à la Somme de: Deux Mille Huit cents 00



30/10/2023  
73,00 kV  
8,00 mA  
12,68 s  
134,090 mGycm<sup>2</sup>

