

# 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

M23-0017616

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08658 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NATI EL MEKKI  
 Date de naissance : 07/12/70  
 Adresse : ESL LAAYOUNE  
 Tél. : 066629541 Total des frais engagés : 3000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Gajmoula AJEF  
Chirurgien Dentiste  
528 59 29 72  
Laayoune

Date de consultation : 23 Nove 2023  
 Nom et prénom du malade : I. Laf. Naji Age : 8 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : carie ALD ALG Pathologie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALG  
 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 : 28 / 11 / 23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

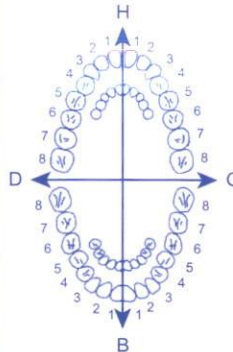
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBIT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Masque de Détartré (orthopédie)</i> <i>[2<sup>ème</sup> Semestre]</i></p>			CCEFFICIENT 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'EXECUTION

Dr. Galmoula AIEF  
Chirurgienne Dentiste  
Tél: 0528.99.29.72  
Laayoune

Dr. Galmoula AIEF  
Chirurgienne Dentiste  
Tél: 0528.99.29.72  
Laayoune

01/09/2023  
jusqu'à

01/09/2024

N° Dossier: 146090   
N° Dossier externe: PEC-08658-23-01-2023  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: NAJI ILAF  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 23-01-2023   
Date de fin: 23-01-2023   
Date de saisie: 23-01-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
30-01-2023	27-01-2023 Manuel ACC D90 1ER SEM ODF



Dr. GAJMOULA AJEF  
Chirurgienne Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine de DAKAR



الدكتورة كجمولة أجف  
طبيبة جراحة للأسنان  
خريجة كلية طب الأسنان بدكار

علاج - تعويض - تقويم - جراحة - تبييض - علاج أمراض اللثة - أشعة  
SOINS - PROTHÈSE - ORTHODONTIE - CHIRURGIE - BLANCHIMENT - PARODONTOLOGIE - RADIOLOGIE

## FACTURE

M.Mme.Mlle : Ilaf Naji

Date	Nature de l'Acte	Prix U.	Prix T.
23 Nov 2023	Orthopédie Massages de détente pour correction de l'occlusion inverse antérieure 2 séances du 01/09/2023 jusqu'au 01/02/2024.		
	Dr. Gajmoula AJEF Chirurgienne Dentiste Tél: 6528.99.29.72	TOTAL	3 000,00 M

Arrêter la présente Facture à la somme de : 3 000,00 M

Dr. Gajmoula AJEF  
Chirurgienne Dentiste  
Tél: 6528.99.29.72  
Laayoune

ICE : 003097686000049 / IF : 52507235

EMAIL: DR.GAJMOULAAJEF@GMAIL.COM

TEL: +212 528.99.29.72

AV ABDERRAHMANE ENNASER RUE ASSALIL

IMM 18 2ÈME ÉTAGE APPARTEMENTS N°2 LAÏYOUNE

شارع عبد الرحمان الناصر زنقة السليل  
عمارة 18 الطابق 2 الشقة رقم 2، العيون