

## 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 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

N° W19-447776

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03406

Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBAA Mohamed

Date de naissance : 27/09/1959

Adresse : RUE G N° 20 Lotissement Veronique Calabre

Tél. : 0661522514 Total des frais engagés : 12000 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. SEBAA HOUDANE ELKOUFIR SU

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/11/2020

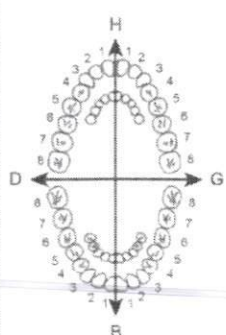
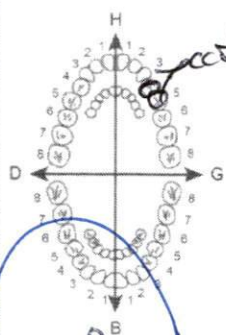


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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 : Veuillez 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"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D360"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="12.000"/>  DATE DU DEVIS <input type="text" value="25.M.2020"/>
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
D			B																					
00000000	00000000	00000000	11433553																					
35533411																								
		(Création, remont, adjonction) Forcement, thérapeutique, nécessaire à la profession																						
		<input type="text" value="ccf 24"/> <input type="text" value="ccf 25"/> <input type="text" value="NB: ccf 24-25"/>																						
		Docteur Tarik TOUKER CHIRURGIEN DENTISTE Maladies et Chirurgie de la Bouche Avenue Idress Ichrizi 2ème étage 70.36.67 / 3.30.60 - C.A. 01																						
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						
		15.03.2021																						
		15.03.2021																						
		15.03.2021																						
		15.03.2021																						
		15.03.2021																						

**Docteur Tarik Toufik**

**Chirurgien dentiste**

**Spécialiste en Chirurgie buccale**

**et en Esthétique du sourire**

**Implantologiste diplômé**

**de l'université Louis Pasteur**

**(STRASBOURG)**

**الدكتور طارق توفيق**

**طبيب جراح للأسنان**

**أخصائي في أمراض و جراحة الفم**

**و زرع الأسنان**

**خريج جامعة لويس باستور**

**(ستراسبورغ)**

**ORDONNANCE**

**15/03/2021**

**Note d'honoraire**

**Je soussigné et certifie Dr TARIK TOUFIK avoir reçu de Mme EL OUFIR HOUDA**

**la somme de 12 000 dhs .**

**Pour CCM 16.46 Le lundi 15 mars 2021.**

**Docteur Tarik TOUFIK**  
**Implantologiste**  
**26, Avenue Idriss Lahrizi 2ème Etage**  
**Tél : 05 22 20 36 07 / 05 22 29 30 60**  
**Casa**

**26, Avenue Idriss Lahrizi, 2ème Etage - Casablanca 20080**

**البريد الإلكتروني: cabinetdrtoufik@gmail.com - الهاتف: 05 22 20 36 07 / 05 22 29 30 60 - الفاكس: 05 22 48 69 03**

**N° D'urgence : 06 61 54 81 97 للحالات المستعجلة**

- » Créer un décompte lié au dossier
- » Créer un devis lié au dossier
- » Créer un décompte tiers lié au dossier

N° Dossier: 59067 

N° Dossier externe: ACC-03406-11/02/2021

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: EL OUFIR HODA

Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 11-02-2021 

Date de fin: 

Date de saisie: 11-02-2021

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
11-02-2021	Manuel	ACC D360 2CCM SUR IMP 24+25 DR TARIK TOUFIK S/R RX APRES



59067  
MLE 3406  
S'EBAA  
HODA  
EL OUFIR

