

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-722194

124133

Autres



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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 8392

Société : Ex R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELMIDAG HRİ Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 14 00 97 32

Total des frais engagés :

232,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
19/10/22	CA	400		<p>INP : 091040949</p> <p>PI : 091040949</p> <p>Centre Odontologique International de Tunisie</p> <p>C.O.I.T.</p> <p>Tel: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 20 18 83</p> <p>INPE : 091040949</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL IRAKI Dr. Youssef EL IRAKI 287, Rue DAKKAKA - BERRECHID Tunisie	19/10/22	23230

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

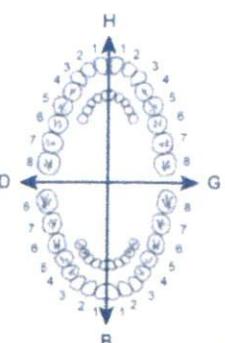
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

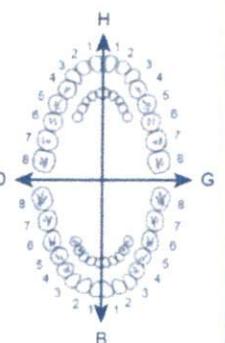
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(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

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

Casablanca, le

Madame

NAJAT

EL MDAGHRI

99,00

A-CLAV 1 g

1 comprimé 2 fois par jour pendant 6 jours

14,60x3

DOLSTOP 1g

1 cp matin, midi et soir pendant 3 jours
puis à la demande si douleurs

APIXOL COLLUTOIRE

1 pulvérisation 4 fois par jour 10 jours
à partir du 5ème Jour

REGIME ALIMENTAIRE ++

Cf recommandations sur feuille à part

LOT : 6774
PER : 02/24
PPV : 99DH00

2024/08
PPC : 89,50 DH

INTERDITS ALIMENTAIRES

- 1- Aliments chauds
- 2- Boissons gazeuses
- 3- Aliments secs (Pain, Biscottes ...)
- 4- Aliments Acides (Jus d'orange, tomates ...)
- 5- Couscous
- 6- Miel Pur

BAIN MAURE INTERDIT

REGIME A SUIVRE POUR TOUTE LA DUREE de la
convalescence

Reprise de l'alimentation normale après avis du médecin
traitant

Rendez vous dans 10 jours en Consultation

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY

O.R.L

Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations

C.O.D.E AL FARABI Casablanca

Angle Rue Jean Jaurès & Brahim Roudani - Casa

Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85

Mobile : 09 10 40 94 9

E-mail : clm091040949@gmail.com



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél: 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialiseelfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتخيض

232,30

صيدلية العطاء
Pharmacie EL IRAKI
267, Rue Jean Jaurès 20 060 Casablanca
Tél: 05 22 47 20 20