

# 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.

**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° P19-0027323

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3235 Société : R A M 145246  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NEJDI Naïma  
Date de naissance : 2-1-45  
Adresse : Res du Palais Rue AHMED Charki 3ème étage.  
Tél. : 0661156276 Total des frais engagés : 1500 + 167,30 = Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/1/23

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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 LAHJAJMA**  
**MADRA ZEMMANA**  
Avenue du Phosphore  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

10.01.23

167,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIÉS

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

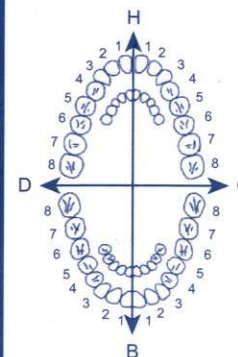
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



42      Extraction Chirurgicale Incisive D42      48

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D42

MONTANTS DES SOINS

1500,000

DEBUT D'EXECUTION

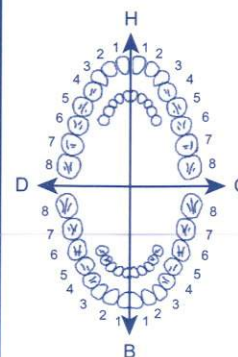
10.1.2023

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
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

**DR. BELGHAMRI - Im. Odontologie**  
42, Rue Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 36 13 28 Fax: 0522 36 13 95

**DOCTEUR EL BELGHAMI –KADIRI CHAFIKA**  
Docteur 3<sup>ème</sup> cycle en Sciences Odontologiques-Bordeaux, France  
Postgraduate in periodontics-Columbia University, NY., U.S.A.  
Agréée de Parodontie.  
Certificats d'Implantologie (Université de Louvain,Belgique)



Casablanca le, 10/01/2023

**Patient(e) : NEJDI Naima**

55,00

**Amoxil 1 g**

1 Comprimé 2 fois par jour pendant 07 jours

30,00

**Nodolfen 500 mg**

1 Comprimé 2 fois par jour pendant 4 jours

14,00

**Doliprane 1g**

1 Comprimé 3 fois par jour pendant 4 jours

68,50

**Kin-0.12%(B.B)**

3 fois par jour pendant 8 jours

LOT : 22E004  
PER: 12/2024  
BIOODGYL  
CP PEL 815  
P.P.V : 102DH00  
6 118000 060567

PPV:14DH00  
PER:10/25  
LOT:L3610

LOT : 22E005  
PER: 08/2025  
NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL 830  
P.P.V : 30DH00  
6 118000 061878



**DR KADIRI Chafika**

T = 167,50  
PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Prince - Résidence Taghazout  
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67

12 , Rue Hassane, Longchamp Casablanca , Maroc  
Tel: 05 22 36 13 24 / 05 22 36 13 95

**DOCTEUR EL BELGHAMI -KADIRI CHAFIKA**

*Docteur 3<sup>ème</sup> cycle en Sciences Odontologiques-Bordeaux, France*

*Postgraduate in periodontics-Columbia University, NY., U.S.A.*

*Agrégée de Parodontie.*

*Certificats d'Implantologie (Université de Louvain,Belgique*

Casablanca, le 10 janvier 2023

Facture

Reçu la somme de 1500 dhs (Mille cinq cent dhs) honoraires d'une extraction de la dent 48 effectuées, à Mme NEJDI Naima

Signé  
Dr. EL BELGHAMI KADIRI CHAFIKA  
Parodontie - Implantologie  
12, Rue Hassane Long  
CIL - CASABLANCA  
Tél: 0522 36 13 24 - Fax: 0522 36 13 95

Patente 34837004 IF 40406450 INP 094012663 ICE 001637966000031

