

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-724605

148739

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11454 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ALAL

Nom & Prénom : BARA LANCEN

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél : / / Total des frais engagés : Complément Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

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

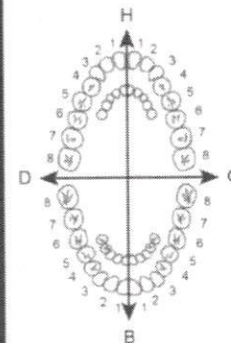
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

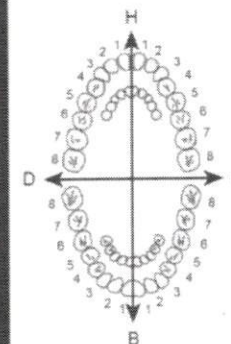
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de novembre 2022 OCP

مرجع التعويض عن المرض لشهر نونبر 2022 OCP

HATIFI AMAL

Matricule: H8538

RES BLANCA BEACH , ROUTE
D'AZEMOUR

SIDI RAHAL

Madame, Monsieur,

سيدي سيدي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement
de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

نحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب
المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
2486476	Agent	PROTHESE DENTAIRE	1	8 000,00	5 750,00	09/11/2022	Virement
31577391	Agent	CONS SPEC.JOUR C2	1	200,00	150,00	29/11/2022	Virement
31577391	Agent	ANALYSES BILOG	1	561,51	561,51	29/11/2022	Virement
31577391	Agent	PHARMACIE	1	44,20	35,36	29/11/2022	Virement

Total remboursement du mois de novembre 2022 : 6 496,87 Dh مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر نونبر 2022

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agréer,
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدي فائق عبارات التقدير والإحترام.



FEUILLE DE SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

ENTENTE PREALABLE POUR SOINS SPECIAUX

N° 000 2486476B

☒ Agent en activité ☐ Agent en retraite

REEMPLIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent: HATIFI Amel

N° RCAR 819641441 Matricule H3538

N° CIN: BE 75357

Adresse de l'agent: Ros Jean Blanes Busch
Casa J'Aboum

Ville: Sil RAPAL

N° Tél.: 06 10 03 82 15

Signature de l'agent

[Signature]

A ORSA le 14/07/22

REEMPLIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent ☒ Agent Retraité ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Nom et prénom du patient: N° NATIE - Amel

Date de naissance:

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause:

Médecin traitant: [Signature] N° INP: 094089685

ROUSS

te

ontologie

aculté

re de Toulouse

طبيبة جراحة الأسنان
ملحقة سابقاً بـ مصلحة اللثة بكلية طب
الأسنان بتولوز « فرنسا »

Prothèse et ODF

Sont soumises à un accord préalable

Prothèse :

Devis établi le 24-04-22

Facture établie le 24-04-22

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
04-07-22	caston de 22 ans		8000 DH
	caston de 24 ans	D460	
	25 + F.M. caston		

Total des honoraires 8000 DH

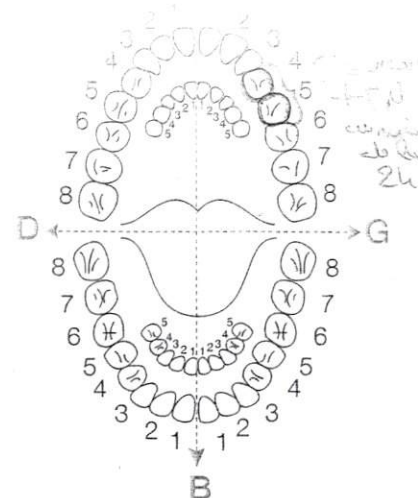
ODF :

Semestre n°...	Commencé le	Terminé le

Total des honoraires DH

CADRE RÉSERVÉ AU CONTRÔLE DENTAIRE

<p>Medecin contrôleur</p> <p>Devis Date</p> <p>Facture Date</p>	
---	--



<p>Devis / signature et cachet du praticien</p> <p>Signature et cachet du praticien</p>	<p>Facture / signature et cachet du praticien</p> <p>Signature et cachet du praticien</p>
---	---

Handwritten notes and signatures:

- 2024/06/25
- 2024/06/25
- Dr. D...

le 24-04-22

الدار البيضاء في

Handwritten notes in French:

- Je certifie que M. MATTE - Amel. Les dents...
- ... + F.M. au max de 24-25 ans de max...
- ... = 8000 DH

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne

- La feuille de soins dentaires doit comporter le cachet du chirurgien-dentiste traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins dentaires doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Toutes les pièces concernant les soins et prothèses dentaires doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date de l'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie ou d'un soin sont conservés.
- Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthopédie dento-faciale (O.D.F) et les actes de parodontologie sont soumis à l'accord préalable.
- Les extractions multiples au-dessus de huit dents sont soumises à l'accord préalable.
- L'âge limite pour les traitements ODF est de 18 ans avec un plafond de 6 semestres. Le bilan ODF est exigé lors du dépôt du 1^{er} semestre. L'accord préalable est requis.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : H8538

N° RCAR : 819641441

Nom et Prénom de l'agent : Amel HATIRI

Date de consultation : 31-03-22

Date de dépôt : 05-03-22

Exemplaire à conserver par l'agent

2486476



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : H8538

N° RCAR : 819641441

Nom et Prénom de l'agent : Amel HATIRI

Date de consultation : 31-03-22

Date de dépôt : 05-03-22

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

2486476



re de Toulouse

le 30-09-2020

Je soussigné Dr. HATTA - Amel. Le recteur
de l'Université de la 24-25 de la nuit
de 800000



الأسنان يتناول « فرنسا »

الدار البيضاء في

Sont soumises à un accord préalable

Prothèse :

Facture : 800000 DH

Date de la séance	Signature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
01/02/21	Signature de la prothèse		800000
	Signature de la prothèse		
	Signature de la prothèse		

Total des honoraires 800000 DH

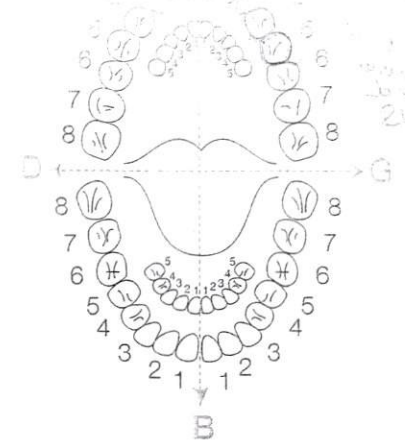
ODF :

Semestre n°...	Commencé le	Terminé le

Total des honoraires 800000 DH

CADRE RÉSERVÉ AU CONTRÔLE DENTAIRE

Médecin contrôleur	
Devis	Date
Facture	
Date	



Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien