

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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**

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

Maladie

Dentaire

N° W21-818427

A 8320

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11915

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL Achouri Amal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 181651

Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Dr Amina EL RHARBAOUI  
Chirurgien Dentiste  
AV. Lalla Hasnae Boudaoui  
Ibn Yassin 20000 Casablanca - Tel: 05 33 00 00 00

EL Achouri Amal Age: \_\_\_\_\_

Lui-même  Conjoint  Enfant

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-818427

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

Matricule : 11915

Nom de l'adhérent(e) : EL Achouri

Total des frais engagés : 3000 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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

## 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 cancéreux, ainsi que le bilan d'hépatite C.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">200681441</span>															
			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>															
			DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>															
			FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>															
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
																		
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.33%;"><b>H</b></td> <td style="width: 33.33%;"><b>G</b></td> <td style="width: 33.33%;"><b>B</b></td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>				<b>H</b>	<b>G</b>	<b>B</b>	25533412 00000000	21433552 00000000		<hr/>	<hr/>		00000000	00000000		35533411	11433553	
<b>H</b>	<b>G</b>	<b>B</b>																
25533412 00000000	21433552 00000000																	
<hr/>	<hr/>																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3000</span>																		
DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14.3.99</span>																		
DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03.10</span>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr Amina EL RHARBAOUI

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine de Dakar

Chirurgie - Prothèse  
Implants dentaires - Soins - Parodontie  
Orthodontiste  
Dentisterie esthétique (filier et botox)  
Laser / Radio



د. أمينة الف رباروي

طبيبة مهارة الأسنان

فربيبة كابرة طب الأسنان بدار

جرادة الأسنان - تمويض الأسنان

زيارة الأسنان - علاج الأسنان والله

تقديم الأسنان - تجميل الأسنان (فيلر

ليرز - أشعة الأسنان

FES, Le: 03.10.13

**Nom & prénom: EL ACHOURI AMAL**

**Radio retro-alveolaire sur 26**



Dr Amina EL RHARBAOUI  
Chirurgien Dentiste  
Av. Lalla Hasnae Bureaux ibn yassin  
2ème Etage N°8 - Fès  
05 35 65 21 84  
aminaelrharbaoui@gmail.com

AV. Lalla Hasnae Bureaux ibn yassin

2ème Etage N°8 - Fès

05 35 65 21 84

aminaelrharbaoui@gmail.com



ORDRE NATIONAL  
DES MÉDECINS DENTISTES  
DU MAROC

Dr Amina EL RHARBAOUI

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine de Dakar

Chirurgie - Prothèse

Implants dentaires - Soins - Parodontie

Orthodontiste

Dentisterie esthétique (filler et botox)

Laser / Radio



د. أمينة الف رباوي

طبيبة جراحة الأسنان

جراحة الأسنان - تقويم الأسنان

زراعة الأسنان - علاج الأسنان والتلة

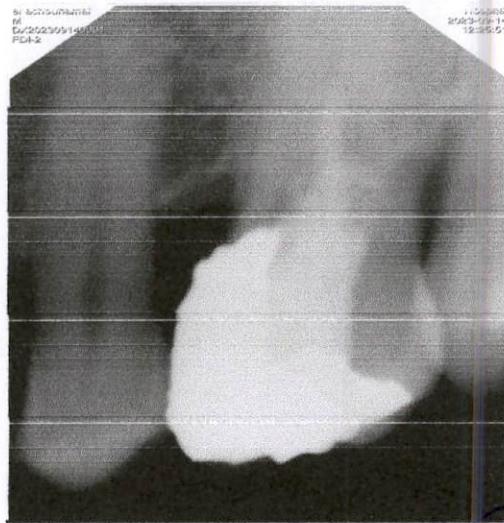
تقويم الأسنان - تحمل الأسنان (فيلر)

لaser - أشعة الأسنان

FES, Le: 14.09.23

**Nom & prénom: EL ACHOURI AMAL**

**Radio retro-alveolaire sur 26**



Dr Amina EL RHARBAOUI  
Chirurgien Dentiste  
AV. Lalla Hasnae Bureaux ibn yassin  
2ème Etage N°8 - Fès  
05 35 65 21 84

AV. Lalla Hasnae Bureaux ibn yassin

2ème Etage N°8 - Fès

05 35 65 21 84

aminaelrharbaoui@gmail.com



ORDRE NATIONAL  
DES MÉDECINS DENTISTES  
DU MAROC

Dr Amina EL RHARBAOUI

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine de Dakar

Chirurgie - Prothèse

Implants dentaires - Soins - Parodontie

Orthodontiste

Dentisterie esthétique (filier et botox)

Laser / Radio



د. أمينة الفرباوي

طبيبة جراحة الأسنان

فریدة فاردة ٤ بـ السنان يدكار

جراحة الأسنان - تقوية الأسنان

زراعة الأسنان - علاج الأسنان والثة

تقويم الأسنان - تحمل الأسنان (فبل)

ليرز - أشعة الأسنان

FES, Le: ١٤-٢٩-٢٣

## Devis

Patient (e) : EL ACHOURI AMAL

Acte : PROTHÈSE

Montant devis : 3000.00dh

Mode paiement : espèce

*Arrêtée de la présente de devis à la somme  
de :*

*(Trois mille dirhams).*

Dr Amina EL RHARBAOUI  
Chirurgien Dentiste  
AV Lalla Hasnae Bureaux  
Ibn Yassin 2<sup>ème</sup> Etage N°8 - Fès  
05 35 65 21 84

AV. Lalla Hasnae Bureaux Ibn yassin

2ème Etage N°8 - Fès

05 35 65 21 84

aminaelrharbaoui@gmail.com



ORDRE NATIONAL  
DES MÉDECINS DENTISTES  
DU MAROC

Dr Amina EL RHARBAOUI

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine de Dakar

Chirurgie - Prothèse

Implants dentaires - Soins - Parodontie

Orthodontiste

Dentisterie esthétique (filier et botox)

Laser / Radio



د. أمينة الفرباوي

طبيبة دراجة السنان

فرقة دراجة السنان بدكار

جراحة السنان - تقويم السنان

زراعة السنان - علاج السنان واللثة

تقويم السنان - تجميل السنان (فيلر)

ليزر - أشعة السنان

FES, Le : ٥٣.١٠.٩٣

*NOTE D'HONORAIRES : 210*

Patient (e) : EL ACHOURI AMAL

Acte : PROTHÈSE

Montant facture : 3 000.00dh

Mode paiement : espèce

*Arrêtée de la présente de facture à la somme  
de :*

*(Trois mille dirhams).*

TP : 14 300 252 I. F : 394 296 66

ICE : 002 379 032 000 021

Dr Amina EL RHARBAOUI  
Chirurgien Dentiste  
Av. Lalla Hasnae Bureaux Ibn Yassine  
2ème Etage N°8 - Fès  
05 35 65 21 84  
aminaelrharbaoui@gmail.com

AV. Lalla Hasnae Bureaux Ibn Yassine  
2ème Etage N°8 - Fès  
05 35 65 21 84  
aminaelrharbaoui@gmail.com



ORDRE NATIONAL  
DES MÉDECINS DENTISTES  
DU MAROC