

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 - 8ème 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

W21-835403

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6638

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHALFI ELNESTAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél. : 0661 066938

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2024

Nom et prénom du malade : ELKHALFI ELMESTAPHA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 01/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PP4PR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Fourisseur

Date

Montant de la Facture

22
03
24

42,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

Montant des
Honoraires

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

D30

MONTANTS
DES SOINS

1000DH

DEBUT
D'EXECUTION

22/03/24

FIN
D'EXECUTION

01/04/24

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

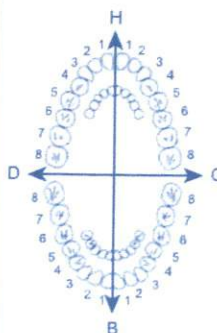
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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

Montant des
Honoraires



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL MACHTANI IDRISSE
LALLA FATIMA
Chirurgien Dentiste

Bd. INZEGANE Rue 15 N°4
ANIGRIT - Casa
Tél.: 05.22.21.44.83



الدكتورة المشطاني الإدريسي
لالة فاطمة
طبيبة جراحة للأسنان

شارع إنزكان الزنقة 15 الرقم 4
حي الرميطة - الدار البيضاء
الهاتف 05.22.21.44.83

Casablanca, le : 22/03/2024 : الدار البيضاء في

ELKHALFI ELMESTAPHA

4260

1/ CATAFLAM 50 mg

2/j ARD

Dr. ELMACHTANI IDRISSE
LALLA FATIMA
Chirurgien Dentiste
4, Rue 15 Hay Anigrit - Casa
Tél.: 05 22 21 44 83



NOVARTIS
LOT : M23113-RP
EXP : AOU 2026
PPV : 42,60 DH



Dr. EL MACHTANI IDRISSE

Lalla Fatima

Chirurgien Dentiste

Bd. INZEGANE Rue 15, N°4

ANIGRIT - Casa

Tél.: 05 22 21 44 83



الدكتورة المشطاني الإدريسي
لالة فاطمة

طبيبة جراحة للأسنان

شارع إنزكان، الزنقة 15، الرقم 4

حي الرميطة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 44 83

Casablanca, le : 01/04/2021 في : الدار البيضاء،

FACTURE

Nom & Prénom de l'adhérent : EL KHALFA EL MESTAPHA

Dr. ELMACHTANI IDRISSE
LALLA FATIMA
Chirurgien Dentiste
4, Rue 15 Hay Anigrit - Casa
Tél.: 05 22 21 44 83

Nom du bénéficiaire : même

Nature des Soins : Soins Dentaires

Montant des honoraires : 1000,00 DH (mille dirhams)

Dr. ELMACHTANI IDRISSE
LALLA FATIMA
Chirurgien Dentiste
4, Rue 15 Hay Anigrit - Casa
Tél.: 05 22 21 44 83

ICE N° : 001939117000076 - PATENTE : 34902542 - IF : 51301880

CNSS : 217797216120148 - RIB : 007780000386200030020489