

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relatif 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-477351

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AGSIDIKI Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 99 59 95 96

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

22 OCT. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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) :

*[Signature]*







## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
-09-2019 11-09-19	11-09-19	102,00 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

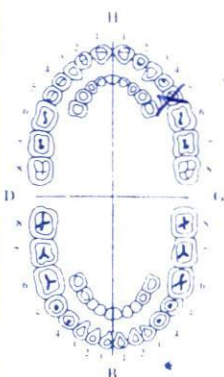
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
	15	Extraction D15		D15

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANT 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. Med. ... SAN SAVECH  
Chirurgien-Dentiste Orthodontiste  
4 Place Cheikh Moussa Essaoui  
E-mail: m.issavech@gmail.com  
Tel: 75567556

Dr. Mohamed Hassan SAYEGH

Chirurgien Dentiste

Orthopédie dento - faciale

BDS. Dip. Ortho

MADRID

الدكتور محمد حسن جعفر كاظم

طب وجراحة الأسنان

أخصائي في تقويم الأسنان

مدريد - إسبانيا

Essaouira, le 11/09/19

M<sup>re</sup> ABOUDRARE سراج

1021

0 Dendrogyal (pt)

1up 2x/yr pulst 7hrs

Ste P. El - Lazoua Magador  
17, Lot R. El - Lazoua  
Dr. ABOUDRARE Zineb  
Téléphone: 05 24 79 29 47

Med. Hassan SAYEGH  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
Place Cheffchaoui Essaouira  
E-mail: mhjsayegh@gmail.com  
Tél: 05 24 47 55 69





**Dr. Med Hassan Jaafar SAYEGH**  
Chirurgien dentiste  
Orthodontiste

4, place cheffchaoui  
Essaouira, MAROC  
Tél : 05.24.47.55.69  
-Email : mhjsayegh@gmail.com

**Essaouira, le : 11/09/2019**

**Numéro de la patente : 47215761**  
**Numéro de la Facture : 636/19**  
**IF: 74715761**  
**INP: 074022237**  
**JCE: 001167300000043**

**A l'attention de M<sup>e</sup> ABOUDRARE IJJA**

**Objet : facture pour soins dentaire**

Madame,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous le détail de votre facture

Actes	Coefficient	Prix unitaire	Nombre	Montant global
25 : Extraction	D10	200	1	200
<b><u>Total</u> : Deux Cent Dirhams</b>	D10	---	---	200

**Arrêté la présente facture à la somme de :**  
**DEUX CENT DIRHAMS**

**Facture acquittée le : 11/09/2019**

Dr. Mohammed Hassan Jaafar SAYEGH

Med. Hassan SAYEGH  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
4, place Cheffchaoui Essaouira  
Tél : 05.24.47.55.69  
Email : mhjsayegh@gmail.com