

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-453604

005 n° 8384

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12765 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKABABI Mounim

Date de naissance : 28/06/1984

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Khalid BADSI  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Implantologie  
Eto Appt 3  
Tel: 0522 889 58 Casa

Date de consultation : 14/11/19

Nom et prénom du malade : ELKABABI Mounim Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ACCUEN

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 14/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 Etape Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

# 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
	12.11.19	147,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

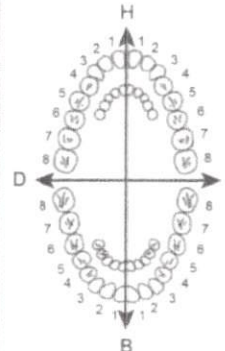
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 orthodontiques, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
	14	ExX	D20	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	15	ExX	D20																							
	32	ExX	D20																							
	RAP/14+15			D20	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				D50	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B
				H		H																				
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B		B																								
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																										
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																										
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



**CENTRE DENTAIRE SPECIALISÉ**



**مركز الأسنان أخصائي.**

Implantologie orale - Orthodontie - Chirurgie Buccale - Prothèse Dentaire  
Parodontologie - Soins Dentaires - Blanchiment Dentaire - Radiologie

Casablanca, le 13/11/2019 الدار البيضاء في

**الدكتور خالد بادسي**  
**طبيب جراح للأسنان**

أخصائي في زرع الأسنان  
أخصائي في تقويم العظام (علاج الأسنان و الفكين)  
كبارا وصغارا  
خريج كلية الطب بديجون فرنسا

**Dr. Khalid BADSI**  
**Chirurgien Dentiste**

*Spécialiste en Implantologie Orale  
Spécialiste en Orthodontie (ODF)  
Orthodontie de l'enfant et de l'adulte  
Lauréat de la Faculté de médecine  
de Dijon France*

**FACTURE**

Je soussigné Dr Khalid Badsy certifie d'avoir

réalisé à Mr EL KABABI MOUNIM

des soins dentaires au niveau des dents

suivantes : 14-15-37 et PAP sur 14 - 15

à la somme de 1400,00 DH.

Cette facture est délivrée à l'intéressé (e) pour  
servir et valoir ce que de droit.

**Dr Khalid BADSI**  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Implantologiste  
63 Bd 2 Mars 1<sup>er</sup> Etg App 3  
Tél 0522 28 29 58 Casa

63, شارع 2 مارس إقامته وفاء الطابق الأول الرقم 3 - الدار البيضاء  
63, Boulevard 2 Mars Rés Wafae 1<sup>er</sup> Etage App 3 - Casablanca  
للهااتف : 0522 28 29 58

FPV: 79DH90  
PER: 06/21  
LOT: I1451

**SPECIALISÉ**

LOT: M19055  
EXP: AVR 2022  
PPV: 45,50 DH

PPV: 22DH20  
P/R: 06/21  
LOT: I1420

22,90

ologie orale - Orthodontie - Chirurgie Buccale - Prothèse  
ontologie - Soins Dentaires - Blanchiment Dentaire - Radiologie

Casablanca, le 12/11/2019 ..... في الدار البيضاء

Mr EL KABABI MOUNIM

الدكتور خالد بادسي  
طبيب جراح للأسنان

أخصائي في زراعة الأسنان  
أخصائي في تقويم العظام للأسنان و الفكين  
كبار وصغار  
خريج كلية الطب بديجوت فرنسا

**Dr. Khalid BADSI**  
Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie Orale  
Spécialiste en Orthodontie (ODF)  
Orthodontie de l'enfant et de l'adulte  
Lauréat de la Faculté de médecine  
de Dijon France

BISPIRAZOLE

1 cp 2 fois

CATAFLAM 50

1 cp 3 fois

CODOLIPRANE

1 cp en cas de douleur

Dr Khalid BADSI  
Chirurgien-Dentiste  
Orthodontiste  
Implantologiste  
63 Bd 2 Mars 1<sup>er</sup> Etg App 3  
Tél: 0522 28 29 58 Cas

63، شارع 2 مارس إقامة وفاء الطابق الأول الرقم 3 - الدار البيضاء  
63, Boulevard 2 Mars Rés Wafae 1<sup>er</sup> Etage App 3 - Casablanca  
الهاتف: 0522 28 29 58