

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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

# Declaration de Maladie

N° W19-418522

## Maladie

Dentaire       Optique       Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e) 1479      Société : R.A.M.

Matricule : 1479      Nom & Prénom : CHAOUKI OMAR

Date de naissance : 05/06/1950

Adresse : B.P. 5558 QUARTIER INDUSTRIEL AGADIR 80.000

Tél. : 066920367      Total des frais engagés : 800,00

## Cadre réservé au Médecin

Jr. BOUTHIRIT Laboucine  
Chirurgien Dentiste  
Dipl. Université Toulouse III France  
Place des Taxis Q. I. - AGADIR  
Tél: 05 28 84 65 04/05 28 82 18 03

Date de consultation : 20.NOV.2019      Age : 56/50

Nom et prénom du malade : CHAOUKI OMAR      Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : DENTAIRe

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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

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

Fait à : AGADIR le : 25.NOV.2019      Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-418522

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1479

Nom de l'adhérent(e) : CHAOUKI OMAR

Total des frais engagés : 800,00

## **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 - RADIOGRAPHIES**

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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 044024941
	21	082	0700	
	15	082	0700	COEFFICIENT DES TRAVAUX 0144
				MONTANTS DES SOINS 800,-
				DEBUT D'EXECUTION 12/11/19
				FIN D'EXECUTION 20/11/19
<p style="text-align: center;"><i>J. BOUTHIRIT Lahoucine Chirurgien Dentiste Dipl. Université Toulouse III FRANCE Place des Taxis 2 - AGADIR Tél: 05 28 84 65 04/05 28 82 18 03</i></p>				

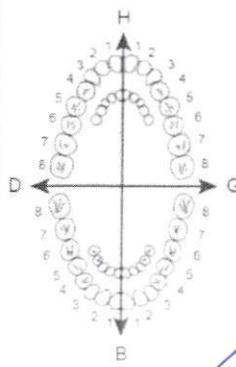
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Dr. BOUTHIRIT Lahoucine**  
Chirurgien Dentiste

**Dipl. Université Toulouse III France**  
Place des Taxis Q. L'AGADIR  
Tél: 05 28 84 65 04 / 05 28 82 18 03

Docteur BOUTHIRIT Lahoucine  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Diplômé de la faculté de Chirurgie  
Dentaire de l'Université Toulouse III

Agadir LE :

20 NOV. 2019

## FACTURE SOINS DENTAIRE

Patient: CHAOUICI . DR. A.R.

, Soins : 15 000.  
20 000.

Total: 80000 MAD (ex HT)

Dr. BOUTHIRIT Lahoucine  
Chirurgien Dentiste  
Dipl. Université Toulouse III France  
Place des Taxis Q. I. AGADIR  
04/05 28 84 65 04/05 28 82 18 03

Cachet du Médecin

Date :

**Ordonnance**