

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W19-500712

12659

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

CA

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12750 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL WATTAN Amine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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 : 16 DEC. 2019

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) : 

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	

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
Montant détaillé des Honoraires	Nombre
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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	
Dents Traitées	Nature des Soins
Coefficient	INP : <input type="text"/>
Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412
D	00000000
G	00000000
B	35533411
	11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRAATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRAATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- k = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances, ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 2
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAir

FEUILLE DE SOINS

N° 836137

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL WATTIAH Amine
Matricule : 12750 Fonction : Manager Poste :
Adresse : N° 8, Rue Rayana, Lot AL Madania, Ben
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL WATTIAH Amine Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 24-10-19
Nature de la maladie : Sonst. Debzires
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A _____, le _____, le _____
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 836137
Matricule N° : 12750
Nom du patient : EL WATTIAH Amine
Date de dépôt : 16/12/19
Montant engagé : 1151,90
Nombre de pièces jointes : 03



MUP

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie ANAFAT</p> <p>Pharmacie MOUN Samir</p> <p>Pharmacie EL CHAABANE</p> <p>Pharmacie EL HAY AL HOUD</p> <p>Pharmacie BERRECHID</p> <p>05 22 32 84 94</p>	24/10/2019	102,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	46	Rx	26	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX 244048</p> <p>MONTANT DES SOINS 1050,00</p> <p>DEBUT D'EXECUTION 24/10/19</p> <p>FIN D'EXECUTION 22/11/19</p>												
	42	Rx	26													
	48	Rx	26													
	46	Rx	26													
	46	Rx	26													
	46	Rx	26													
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	21433552	G	D	00000000	G	B	00000000	G	B	35533411	G	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	21433552	G														
D	00000000	G														
B	00000000	G														
B	35533411	G														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>												

CABINET DENTAIRE IMPLANTOLOGIE, CHIRURGIE ORAL
Docteur JABIR Abdelhakim

MEDECIN DENTISTE - EXPERT ASSERMENTE

Docteur en Médecine dentaire

Diplôme Universitaire en Implantologie et Chirurgie Oral
D,U + CES URGENCES MEDICALES ET CHIRURGICALES
DIPLOME SOCIETE MAROCAINE DE PARODONTOLOGIE ET
IMPLANTOLOGIE ORAL
INP 064019383 / CNSS 6314827 / IF 93018009
ICE 001887422000011 / TP 40731035

jeudi 24 octobre 2019

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2, Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 94

Monsieur ELWATTAH AMINE

79,90

-BISPIRAZOL
1 CP X 3 / J

7 JRS

22,00

-MOLGAM 200
1CP X 3 / J 2 JOUR

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
5, Rue Mekka Berrechid
Tél : 05 22 33 66 33

Docteur JABIR Abdelhakim

Chirurgien Dentiste
5, Rue Mekka Berrechid
26100 BERRECHID
Tél. : 0522336633

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
2, Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 94

PPV: 79DH90
PER: 05/21
LOT: 11390

1 22,00

DR ABDELHAKIM JABIR

M. AMINE EL WATTAH

MEDECIN DENTISTE

CHIRURGIE ORALE

IMPLANTOLOGIE ORALE

SOINS RADIOS PROTHESES

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5, Rue Makka Bd, Hassan II
Tél : 05 22 33 66 33



Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5, Rue Makka Bd, Hassan II
Tél : 05 22 33 66 33

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5, Rue Makka Bd, Hassan II
Tél : 05 22 33 66 33

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5, Rue Makka Bd, Hassan II
Tél : 05 22 33 66 33



Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5, Rue Makka Bd, Hassan II
Tél : 05 22 33 66 33

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté
5, Rue Makka Bd, Hassan II
Tél : 05 22 33 66 33

CABINET DENTAIRE IMPLANTOLOGIE, CHIRURGIE ORAL

Docteur JABIR Abdelhakim

MEDECIN DENTISTE - EXPERT ASSERMENTE

Docteur en Medecine dentaire

Diplome Universitaire en Implantologie et Chirurgie Oral

D, U + CES URGENCES MEDICALES ET CHIRURGICALES

DIPLOME SOCIETE MAROCAINE DE PARODONTOLOGIE ET

IMPLANTOLOGIE ORAL

INP 064019383 / CNSS 6314827 / IF 93018009

ICE 001887422000011 / TP 40731035

vendredi 22 novembre 2019

Monsieur ELWATTAH AMINE

FACTURE POUR SOINS ET/OU PROTHESE DENTAIRE

COEFICIENT GLOBAL :

-SOINS :Z24+D47

RX 47

RX 48

DET 1 S

RX+TC+CP+RX 46

-PROTHESE:

TOTAL SOINS:1050,00

TOTAL PROTHESES:

ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Docteur JABIR Abdelhakim

Chirurgien Dentiste

5, Rue Mekka Berrechid

26100 BERRECHID

Tél. : 0522336633

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
5, Rue Mekka Bd. Hassan II
Tél. : 05 22 33 66 33