

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-508357

RVD

156FF

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11012			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAYACH NAHID			
Date de naissance : 29/03/1980			
Adresse : 531 BD BRAHIM ROUDANI ESC B RES LES ETOILES APT 22 CASA			
Tél. : 0669593937 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 07/01/2020 CASABLANCA Le : 07/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



#### 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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des sains.

### 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

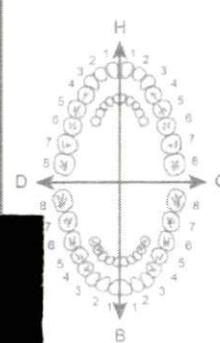
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.



SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

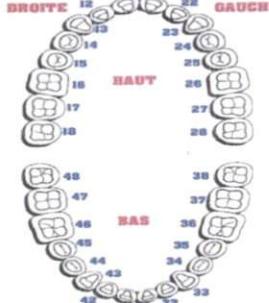
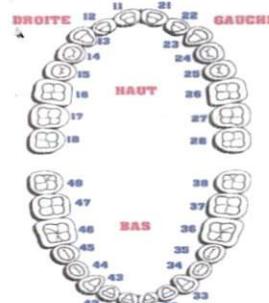
VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des				
		21 22 23 24 25 26 27 28	Coopur	D <sub>30</sub>	D <sub>30</sub>				
		24 25 26 27 28	reparat	D <sub>30</sub>					
		31 32 33 34 35 36 37 38	Coopur	D <sub>10</sub>					
		31 32 33 34 35 36 37 38							
O.D.F.		Détermination du coefficient masticatoire							
Prothèses dentaires		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>				D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	H								
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>				D	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	G								
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>							
		<p>Dr TOUIJAR Rachid Chirurgien Dentiste Angle Bd Abderrahmane et Rte d'Azemmour N° 6 - Casablanca TEL: 0522 90 98 35/0522 91 50 89</p>							
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle					
DECLARATION N°		W16-069077							
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes							
<p><b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b></p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>									

# MUPRAS

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

W16-069077

DATE DE DEPOT

...../...../201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 11012

Nom & Prénom TAYACH NAHID

Fonction : C/C Phones. 0669 543937

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient TAYACH NAHID

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date

Date 1ère visite

Nature de la maladie

Docteur Jantaly

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE	Date
-----------	------

Montant de la facture

36.00

①   
Pharmacie VITA  
TEL: 05 22 98 43 63  
FAX: 05 22 98 44 45  
Pharmacie VITA  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour N° 6 - Casablanca  
Val Fleur Maroc - CASA  
Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

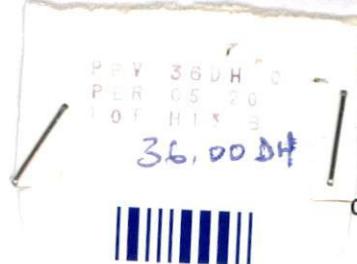
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

**Docteur Rachid TOUIJAR**  
**Chirurgien Dentiste**



**Madame TAYACH NAHID**

36.00

**ACIGAM 200**

**1 CP X 3 FOIS PAR JOUR**



Pharmacie VITA SARL  
TEL: 05 22 98 43 64  
FAX: 05 22 98 43 64  
Dermacoservis  
463, Bd Brahim Guigou  
Casablanca  
Tunisie  
T.A.S.A

**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d' Azemmour  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Angle Bd, Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89 - Patente N° 35003930  
I.F : 51465556 - I.C.E. : 001743599000031