

# 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.

## Biologie 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

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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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** *ACC DENT*  
N° P19- 0042825

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DHISSI SALAH EDDINE

Date de naissance : 15/01/1956

Adresse : Lotissement NAWRAS, DAR BOUAZZA, CASABLANCA

Tél. : 0661183466

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

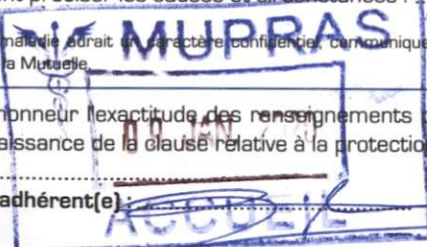
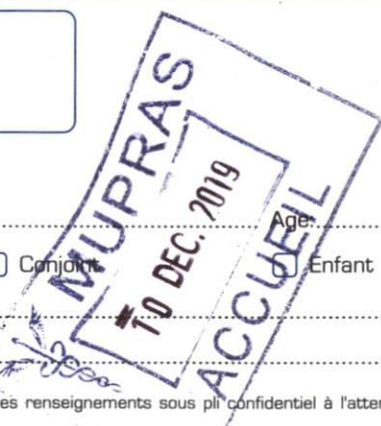
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09.01.2020	De Pneumologie	200000 075

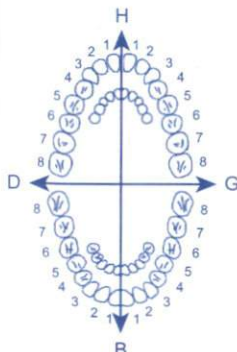
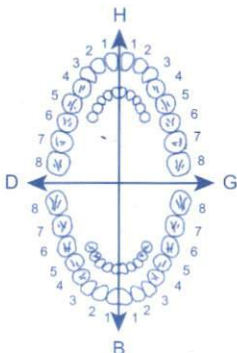
[illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRE <sup>3</sup>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

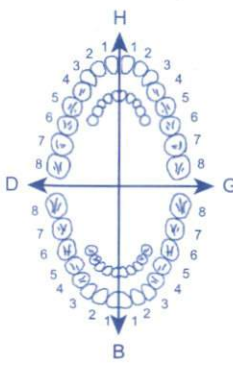
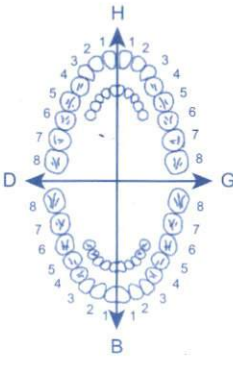
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de**

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS										
					DEBUT D'EXECUTION										
					FIN D'EXECUTION										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
<div><div>cot otl</div></div>	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div> <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
				MONTANTS 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

**S DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture.  
Veuillez joindre les radiographies, ainsi que le bilan de l'ODF.

**SOINS DENTAIRES**

Coefficient des Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

**Prothèses dentaires**

Détermination du coefficient masticatoire

25533412	H	21433552
00000000	D	00000000
00000000	G	00000000
35533411		11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

**CHIRURGIEN DENTISTE**  
Pr. de Jeddah (ex: Thionville)  
Angle Rue d'Agadir  
Casablanca

**DR. ELKHIRY Kamel**  
Chirurgien Dentiste  
5. Rue de Jeddah (ex: Thionville)  
Angle Rue d'Agadir  
Casablanca

**VOLET ADHERENT** NOM : Mle

**DECLARATION N°** W18-358680

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

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

W18-358680

**DATE DE DEPOT**  
/ / 201...

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT** Mle 6076

Nom & Prenom **D. HESSI SALAH EDDINE**

Fonction : **COB retraite** Phones : **0661 188466**

Mail : **sdhissi@royalairmaroc.com**

**MEDECIN** Prénom du patient **N. N.**

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age Date Date 1ère visite

Nature de la maladie Date 1ère visite

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

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV

**KAMEL ELKHIRY**

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Diplôme d'Etat

5, Rue de Jaddah (ex Thionville)

Angle Rue d'Agadir - Casablanca

Tél. : 05 22 49 18 76

CASABLANCA, LE

3.1.2020

*Dr. D'haissou Sulehmane*

*Radiographie panoramique*

**Dr. ELKHIRY Kamel**  
Chirurgien Dentiste  
5, Rue de Jaddah (ex Thionville)  
Angle Rue d'Agadir  
Casablanca

**LA WILAYA**  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
2, Rue d'Agadir - Angle Bd. Hassan II  
Tél. : 05 22 49 23 23 - Casablanca

# KAMEL ELKHIRY

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Diplôme d'Etat

5, Rue de Jeddah (ex Thionville)

Angle Rue d'Agadir - Casablanca

Tél. : 05 22 49 18 76

CASABLANCA, LE

9.1.2020

Façon de prothèse dentaire  
de M<sup>re</sup> D'haoui Gulahdine  
CCM ou le stétho du  
du Nary sup. de huit  
mille dirhams (8000<sup>00</sup>)

**Dr. ELKHIRY Kamel**  
Chirurgien Dentiste  
5, Rue de Jeddah (ex: Thionville)  
Angle Rue d'Agadir  
Casablanca

## F A C T U R E

N° de l'admission : 20000131 N° Facture 20000147 Date facturation : 09/01/2020

Nom et prénom du patient : **SALAH EDDINE DHISSI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 09/01/2020 Sortie: 09/01/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
PANORAMIQUE DENTAIRE	1.00	200.00	200.00
		sous-total	<b>200.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Deux cents dirhams**

**total : 200.00**

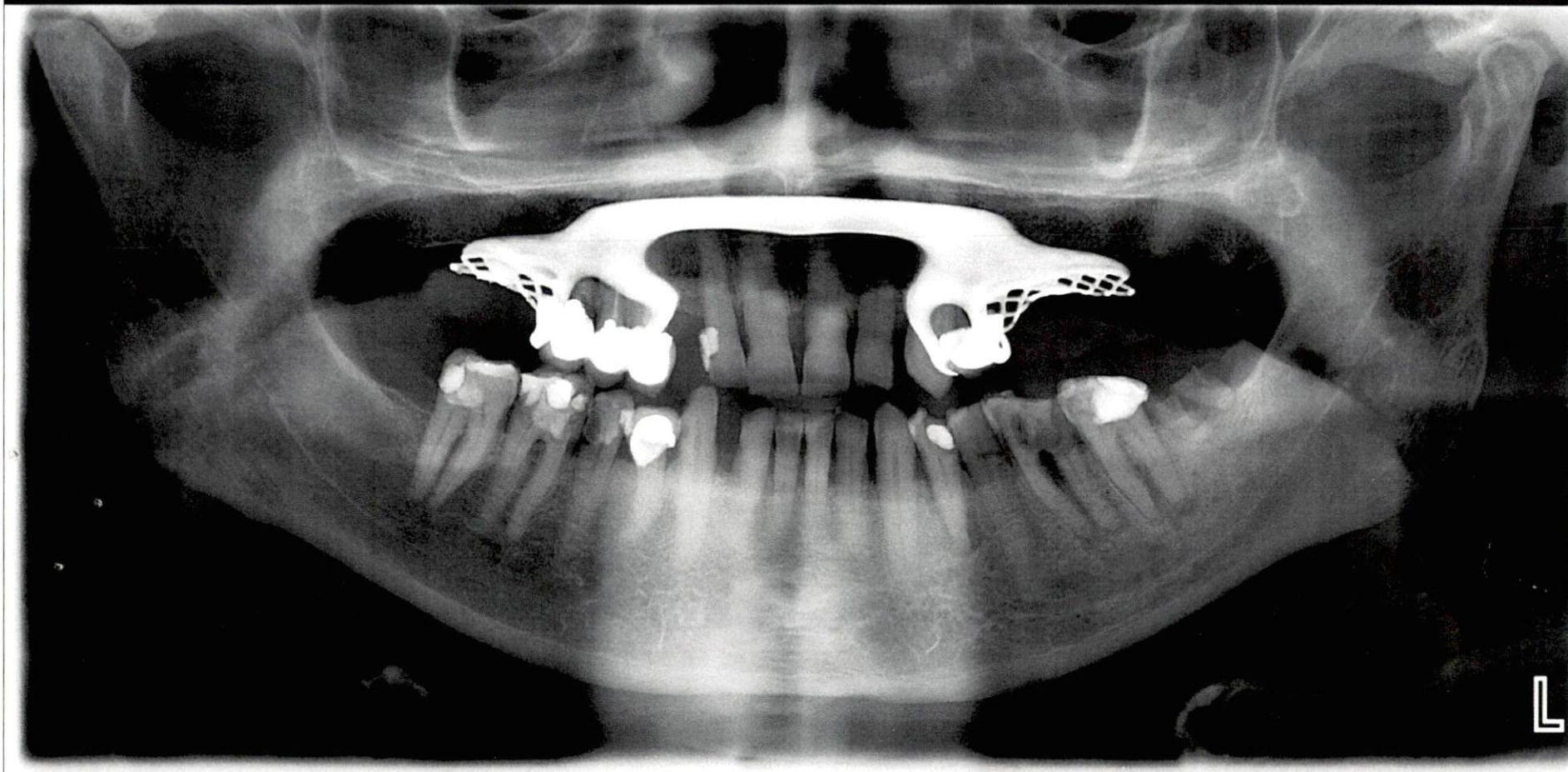
Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

**LA WILAYA**  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
2, Rue d'Agadir Angle Bd. Hassan II  
Tél: 0522 43 73 73 - Casablanca

Scale: 100%



09/01/20 65,0kV 8,0mA 16,7s 93,2mGy×cm<sup>2</sup>