

# 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.

## **diologie 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.

## **éducation :**

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**

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

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0001209**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9033 Société : ROYAL AIR MAROC

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAH LI Mouhssine Date de naissance : 03/10/72

Adresse : mrahli@royalairmaroc.com

Tél. : 06.61.15.32.86 Total des frais engagés : 1250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Hajar ALAMI  
Médecin Dentiste  
Bd. Med V-Place S. Mohamed Porte  
204 Rés. Zine El Mahaba Porte B  
Etg. 02 - Casablanca - Tel: 05 22 40 02 46

Date de consultation : 15/08/15

Nom et prénom du malade : RAH LI Dovaa Age : 15 Ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Carie dentaire

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 : CASABLANCA

Le : 02/07/2015

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
18/06/19	Obturation			
20/06/19	Comp. 35	0,700 x 5		
26/06/19	sur 35			
27/06/19	4,6 + 4,7, 3,6 3,7	= D3500	# 1250,00DH	Dr. HAFID ALAMI Médecin Dentiste Bd. Med V-Plce S. Mohamed Porte 204 Rés. Zine El Mahaba Porte B Fon 02 - Casablanca - Tél: 05 22 40 02 46

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	35	OBTURATION de la cavité	D 400	
	46	11 11	D 400	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	47	11 11	D 400	
	36	11 11	D 400	
	37	11 11	D 400	MONTANTS DES SOINS
				#1250
				DEBUT D'EXECUTION
				18/06/2
				FIN D'EXECUTION
				24/06/1

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>D</b>      <b>G</b></p> <p><b>B</b></p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<p><b>CLEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<hr/>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION  
Dr. Hajar ALAMI  
Médecin Dentiste  
Bd. Mouloud - Plce S. Mohamed Porte  
204 Rés. Zine El Mahaba Porte B  
Etg. 02 - Casablanca Tél: 05 22 40 07 46

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
	35	OBturbation de la carie	D 400	COEFFICIENT DES TRAVAUX  <b>D3500</b>								
	46	11 " "	D 400									
	47	11 " "	D 700									
	36	11 " "	D 400									
	37	11 " "	D 700									
				MONTANTS DES SOINS  <b>#1250,00DH</b>								
				DEBUT D'EXECUTION  <b>18/06/2019</b>								
				FIN D'EXECUTION  <b>24/06/2019</b>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
	H	G										
	25533412 00000000	21433552 00000000										
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Hajar ALAMI**  
*Médecin Dentiste*  
*Bd. Mohamed V - Pte S. Mohamed Porte*  
*204 Rés. Zine El Mahaba Porte B*  
*Etg. 02 - Casablanca* *Tél: 05 22 40 02 45*

**Dr. ALAMI Hajar**

Médecin Chirurgien Dentiste

SOINS • CHIRURGIE • ORTHODONTIE • PARODONTIE  
PROTHÈSE • BLANCHIMENT • RVG



**د هاجر علمي**

طبيبة جراحة الاسنان

علاج • جراحة • تقويم الاسنان • أمراض اللثة  
ترميم • تبييض • أشعة رقمية

Casablanca, le : 27/10/2019 : الدار البيضاء، في

## **NOTE D'HONORAIRES**

Docteur ALAMI Hajar à l'honneur de présenter ses meilleures salutations à M. (Mme) (Mlle)

Douaa Rahli

Et lui adresse pour les interventions suivantes :

OBt en stion en Composite sur  
46, 47, 35, 36, 37

Sa note d'honoraires soit la

somme de :

# Mille deux Cent Cinquante Dr hams #  
# 1250, 00 DH Dirhams.

IF: 33641678

INPE: 094186434

JCF: 002225630000042 .

Cachet et signature du médecin

Dr. Hajar ALAMI  
Médecin Dentiste  
Bd. Med V-Plce S. Mohammed Porte  
204 Rés. Zine El Mahaba Porte B  
Etg. 02 - Casablanca - Tél: 05 22 40 02 46