

## 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.

P

A.S.H.A

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

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 0004      Société : RAN

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : CHEMISI SAAD

Date de naissance : 28-02-1978

Adresse : 32 Rue 81 lot 54 di Abderrahmane

OUL FA CASA BLANCA

Tél. : 06 62 79 53 57      Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin : TAHIRI Abdellah  
 Chirurgien Dentiste  
 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Gustave  
 Casablanca Tel: 05 22 20 17 85

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2018

Nom et prénom du malade : CHORFI

Lien de parenté :  Lui-même       conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentale

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 : CASA      Signature de l'adhérent(e) : SAAD

Le : 16/09/2018

S.A.D

03 OCT. 2019

Age 28-02-1978

A.C.O.L

AS

### 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

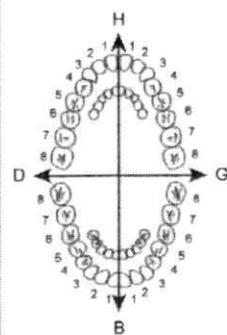
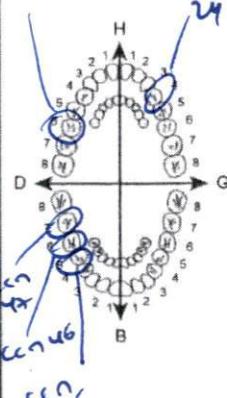
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des 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	INP : 1094171857
				
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	21433552 00000000			
D	00000000 35533411	00000000 11433553	G	
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
Couronne Céramo- métallique sur 45-46-47-84-16				
MONTANTS DES SOINS				20500,00DH
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				16/09/19

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
**Dr. TAHIRI Ameleah**  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste Prostéthodontiste  
Bd du Maroc Casablanca  
Casablanca Tel: 022 22 17 39

# 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)

CNPSPY = 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 courant 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 ou 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

- globaux comportant un ou plusieurs échelonnements

- 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

Appel le 09/04/2019 A ~~SAAD~~

DATE DE DEPOT

Reuls

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 /  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc



M U P R A S

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

FEUILLE DE SOINS 1612149

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHEMISI SAAD

Matricule : 9004 Fonction : AFC Poste : 96A

Adresse : habitude

Tél. : 06 62 78 53 57 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHEMISI SPAJ Age 28/01/77

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Prothésie dentaire

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca, le 23/03/19 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

INPE : 094171697

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

Matricule N° : 1612149

Nom du patient : 9004 SAAD

Date de dépôt :

Montant engagé : 20 500,00

Nombre de pièces jointes :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Chet et Signature du atoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraire
de Radiologie El Oulfa Dum Rabbi - Bd 50 N° 2 Casablanca - Maroc 	13/3/19	Rx Pano- Dentaire	200,00
	17/3/18	Rx Pano - Dentaire	250,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Entre le Chet et la du praticien - Fox 2020	* Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
TAX 1000						

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs demandés par la Mutuelle.

# CV (voir les plus utiles)

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

## ~~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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

DIPLÔMÉ DES UNIVERSITÉS DE PARIS

ORTHODONTIE

IMPLANTOLOGIE

PARODONTOLOGIE

CHIRURGIE BUCCALE

REHABILITATION ORALE

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PARIS



زراعة الأسنان

تقويم الأسنان

جراحة الفم والثة

طب الأسنان التجميلي

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca , le ١٦/٠٩/٢٠١٩

**NOTE D'HONORAIRES**Identification du chirurgien dentiste traitantIdentification du patient

Dr . TAHIRI Abdelali  
 Chirurgien Dentiste  
 Implantologie Parodontologie  
 Dr Dr Dr Mousser et Rue Gustave Nadaud  
 Casablanca Tel 05 22 20 17 89

Nom et prénom **CHEMSI SAAD**Date de fin de traitement **16/09/2019*****DESCRIPTION PRECISE ET DETAILLEE DES ACTES***

Localisation ou N dents	Nature de l'acte	Cotation	Honoraires
45	CCM	D180	2500,00
46	CCM	D180	2500,00
47	CCM	D180	2500,00
24	CCM	D180	2500,00
16	CCM	D180	2500,00
45	IMPLANT DENTAIRE	D180	4000,00
47	IMPLANT DENTAIRE	D180	4000,00
		<b>D900</b>	<b>20500,00DH</b>

Somme réglée à ce jour : VINGT MILLE CINQ CENTS DIRHAMSLe praticien certifie avoir exécuté l'intégralité du traitement

Signature du chirurgien dentiste

Dr . TAHIRI Abdelali  
 Chirurgien Dentiste  
 Implantologie Parodontologie  
 Dr Dr Dr Mousser et Rue Gustave Nadaud  
 Casablanca Tel 05 22 20 17 89

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 13/07/2019

## FACTURE N°08278/2019

NOM & PRENOM: CHEMSI SAAD

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE DENTAIRE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC



Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca

Tél: 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00

Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057

E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

**Docteur Bouchaib ELMDARI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 17/03/2018

## FACTURE N°02744/2018

**NOM & PRENOM: CHEMSI SAAD**

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE DENTAIRE	250 DH
TOTAL	250 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENT CINQUANTE DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05 22 93 04 93 / Fax: 05 22 93 563

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: radiologie-ouffa@.com