

# 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.

## Education :

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.

## Soins :

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

Préclamation : 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

ANAPL

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12576	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : SEDDOU Adil			
Date de naissance :			
Adresse : Cité SWAHA n° 232, ALIA Dhoumet			
Tél. : 066776260	Total des frais engagés : 300 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 08/08/2018	
Nom et prénom du malade : SALTI	
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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = 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.

Le 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 enveloppe confidentielle au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

VENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit des répétés en plusieurs séances ou actes aux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1588754

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SIMMOU ADEL

Matricule : 12576 Fonction : DPL Poste :

Adresse : CITE EL WAADDA N 232 ALIA MOHAMMEDIA

Tél. : 06 6776 20 10 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SALHI Latifa Age 18 10 8 1986

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 17/05/2013

Nature de la maladie : Radiographie et consultation

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

A Moha édile le 17/05/2013 Dr. Mourad SEBBAG

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et tampon du médecin  
Central Park 1er Etage 105 106  
Tél : 05 23 31 15 68

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

1588754



Matricule N° :  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé :  
Nombre de pièces jointes :  
Réf. Imp. 302 216 025

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chemin et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RC15 Park Bldg. 7th Floor er Etage No 7 MOHAMMED 11-05-331568	21.10.2019	Radiologie parcours unique 215	300 des.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs demandés 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																										
<p><b>CONSULTATION C 4</b></p> <p><i>Mourad DEBBAF DENTISTE 100 Bd Aboukir Paris 75011 Télé : 05 23 21 15 68</i></p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>C4</b>																									
				MONTANT DES SOINS <b>1000</b>																									
				DEBUT D'EXECUTION <b>17/05/08</b>																									
				FIN D'EXECUTION <b></b>																									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	25533412	H	21433552			00000000		00000000		D	00000000	G	00000000			35533411		11433553		D	B			
D	25533412	H	21433552																										
	00000000		00000000																										
D	00000000	G	00000000																										
	35533411		11433553																										
D	B																												
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <b></b>																											
		MONTANT DES SOINS <b></b>																											
		DATE DU DEVIS <b></b>																											
		DATE DE L'EXECUTION <b></b>																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mourad SEBBAR**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
 Central Park Bd Abdelmoumen  
 Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
**Tél : 05 23 31 15 68**

Le. 17/05/18  
 Nom. SALHI LATIFA

## GENCIVES ENFLAMMÉES ET SAIGNANTES



- KIN Gingival Bain de Bouche** - 250 ml - 500 ml  
 15 ml sans dilution 2 à 3 fois /jour pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation
- KIN Gingival Pâte Dentifrice** - 75 ml  
 Se brosser les dents deux à trois fois par jour pendant 2 à 3 semaine

## PROBLÈMES PARDONTAUX LOCALISÉS



- PERIOKIN Gel** - 30 ml  
 Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone affectée. Ne pas rincer après son application
- PERIOKIN Spray** - 40 ml  
 2 Pulvérisations 3 à 4 fois/ jour

## TRAITEMENT DES DENTS SENSIBLES



- SENSIKIN Bain de Bouche** - 250 ml  
 15 ml sans dillution 2 fois/ jour pendant 60 secondes. Ne pas rincer après son utilisation
- SENSIKIN Pâte Dentifrice** - 75 ml  
 Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes. pâte dentifrice à usage quotidien
- SENSIKIN Gel** - 30 ml  
 Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone sensible. ne pas rincer après son application

## DENTS BLANCHES



- KIN BLANCHEUR - Pâte Dentifrice** - 75 ml  
 Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes. pâte dentifrice à usage quotidien

## HYGIÈNE ET RENFORCEMENT DES GENCIVES



- KIN ALOE VERA Bain de Bouche** - 500 ml  
 15 ml sans dillution 2 fois /jour Pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation
- KIN ALOE VERA Pâte Dentifrice** - 125 ml  
 Se Brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

## KIN BROSSE À DENTS



- MEDIUM
- SOUPLE
- POST-CHIRURGICALE
- ORTHODONTIQUE

## KIN BROSSETTES INTERDENTAIRES

**MICROPROX**  
 0,9 mm espace  
 interdentaire

**MINIPROX**  
 1,1 mm espace  
 interdentaire

**CONIQUE**  
 1,3 mm espace  
 interdentaire



CliniqueDentaire  
**DUPARC**

[www.parkdentalclinic.ma](http://www.parkdentalclinic.ma)

📍 Central Park, Bd Abdelmoumen  
Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia

📞 05 23 31 15 68

✉️ info@parkdentalclinic.com

Mohammedia le 17/05/2019

Patient (e) : **SALHI Latifa**

## Note d'honoraires 527/19

Je soussigné **Dr SEBBAR Mourad** certifie avoir reçu la somme de **400 dhs (quatre cents dirhams)** et ce pour les actes suivant

- Consultation .
  - Radiographie panoramique.
- 
- Celle-ci est délivrée à l'intéressé (e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

Cachet et signature

**Dr. Mourad SEBBAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 31 15 68

ICE : 002068020000055

IF : 18756577

INPE : 094183662



Clinique Dentaire  
**DUPARC**

[www.parkdentalclinic.ma](http://www.parkdentalclinic.ma)

📍 Central Park, Bd Abdelmoumen  
Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia

📞 05 23 31 15 68

✉️ info@parkdentalclinic.com

Mohammedia le 17/05/2019

**PATIENT (E) : SALHI Latifa**

**EXAMEN (S) REALISE (S) : Radio panoramique**

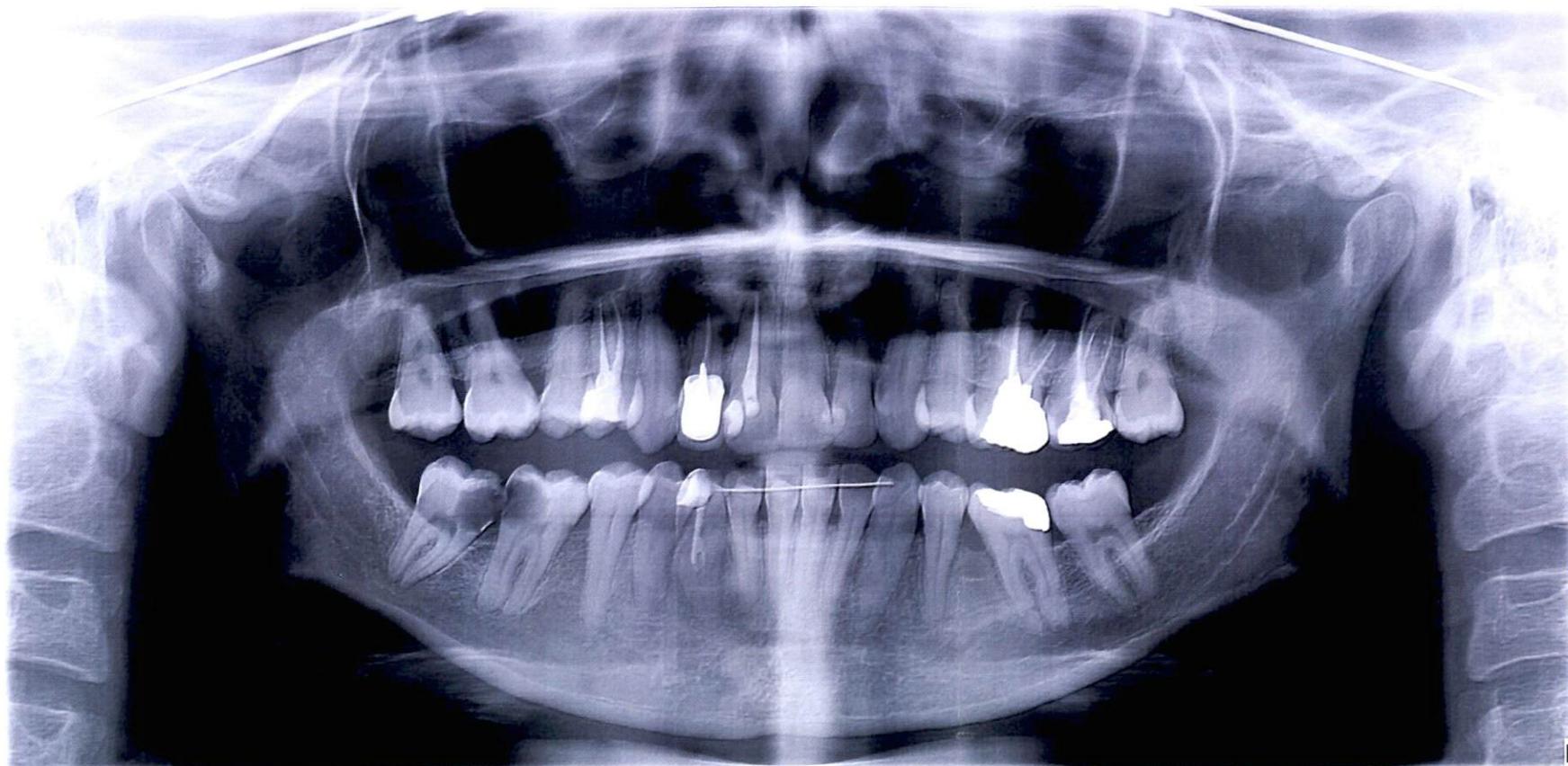
## COMPTE RENDU

### RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

- Lyse osseuse moyenne généralisée.
- Image radio clair coronaire et au niveau distal de la 46 et mésial de la 47.
- Les dents absentes : 35,25.
- Les fonds des sinus maxillaires sont libres.
- Aspect radiologique normal des A.T.M.

Cachet et signature

Dr. Mourad SEBBAR  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 31 15 68



**Dr. Mourad SEBBAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMED V  
Tél : 05 23 31 15 68