

# 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.

## Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



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

95511

Ang  
700

**Déclaration de Maladie : N° P19-0004245**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 12688

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 9132

Total des frais engagés : 800

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 10 / 2019

Nom et prénom du malade : LAFREM Mohammed

Age : 4.5 ans

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 : Casablanca

Le : 22 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

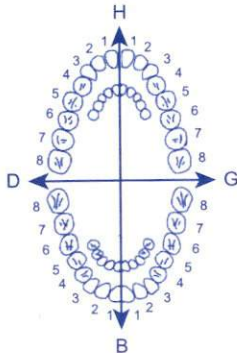
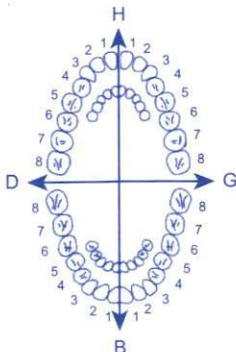


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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															
		Goulet	15	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">D29</span>														
		Delat-Complète	12	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">#800,00#</span>														
		Géral	X	DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">23/10/2019</span>														
		(1x2x)	2	FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>														
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>														
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Me. Dr. DENTISTE  
en Odontologie Médicale  
Tél: 06 49 00 49 15



# CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 23/10/2019

**FACTURE N° : 318/ 2019**  
**ENF/ LAFREM MOHAMED ILYAS**

Actes réalisés

Tarif

- DETARTRAGE COMPLET+POLISSAGE = 600.00DH
- CONSULTATION = 200.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de 800.00 DH

HUIT CENT DH

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue angle Bd al Qods, Californie, Casablanca – Maroc  
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687  
Email : cdm@cliniquedentairedumaroc.com

ICE: 001804538000089 IF: 14484609 CNSS: 5174991 PATENTE: 36167975

Lotissement Bellevue angle Bd al Qods, Californie, Casablanca – Maroc

Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687 Email : cdm@cliniquedentairedumaroc.com