

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0026853

12894

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01354 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAÏ MESSAOUD

Date de naissance : 1-01-1947

Adresse : OULFA - H. FATEH LOT 6 - N°21

Tél : 0664905742 Total des frais engagés : 150 + 50 + 70 = 270 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Ahmed LEGTER**  
Chirurgien Dentiste  
Ex Medecin Des FAR  
10, Hadj Fateh Oulfa - Casa  
Tél: 0522.90.40.00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23-11-2019

Nom et prénom du malade : MESSAOUD SAÏ

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : infection 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 : OULFA

Le : 12 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

	23 Nov 2019 ICE: 000489360000038 04/12/19	150,50 55,00
--	---	-----------------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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


# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

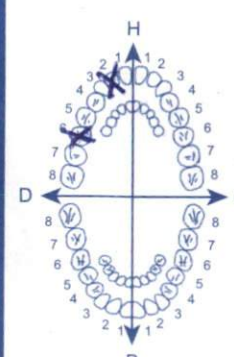
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient

	Consultation C 16 Rx 16 Ext 12 ext	  D D D

Coefficient DES TRAVAUX

C+

MONTANTS DES SOINS

700

DEBUT D'EXECUTION

23/11

FIN D'EXECUTION

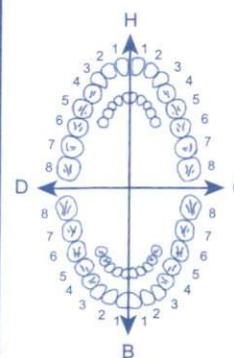
07/12

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

(Rx 16)

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien Dentiste  
Ex Maderin



## 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 l'ODE.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
		<i>16</i>	<i>Rx</i>		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX  $C + D_{20} + 7$  MONTANTS DES SOINS  <i>700,00</i>  DEBUT D'EXECUTION  <i>23/11/19</i>  FIN D'EXECUTION  <i>07/12/19</i>															
		<i>16</i>	<i>Ext</i>	<i>D<sub>10</sub></i>																
		<i>12</i>	<i>ext</i>	<i>D<sub>10</sub></i>																
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">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANT DES SOINS  DATE DU DEVIS  <i>(Rx 16)</i>  DATE DE L'EXECUTION
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	00000000	00000000																		
35533411	11433553																			
B																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien Dentiste  
Ex Medecin Des FAR  
10, Hadi Katch Oulfa - Casa  
Tél: 0522.90.40.00



**Docteur Ahmed LEGTER**

Chirurgien Dentiste  
**ORTHODONTIE**

EX.Medecin des FAR  
10, Hadj Fateh 6, Oulfa - Casa  
Tél.: 0522-90-4000



**الدكتور أحمد لكتار**

طبيب جراح للأسنان  
تقويم إعوجاج الأسنان

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
10، الحاج فاتح 6  
الولفة - البيضاء  
الهاتف : 0522-90-4000

CASABLANCA, LE : 04/12/19

M.: Messoud SAI

PV: 55,00 DH  
QT: 619188  
PER: 01/21

Arrivée à 17h  
L5 00  
2 up encore seule - prise theme  
- voir les soins (extractions)

Docteur Ahmed LEGTER  
Chirurgien Dentiste  
EX-Medecin Des FAR  
10, Hadj Fateh 6, Oulfa - Casa  
Tél: 0522 90 4000

Lotte  
Casablanca - Tél: 0522 90 4000  
STE PHARMACIE



Docteur Ahmed LEGTER

Chirurgien Dentiste  
ORTHODONTIE

EX.Medecin des FAR  
10, Hadj Fateh 6, Oulfa - Casa  
Tél.: 0522-90-4000



الدكتور أحمد لكتار

طبيب جراح للأسنان  
تقويم إعوجاج الأسنان

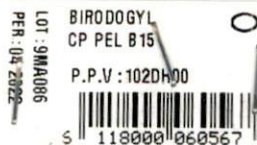
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
10، الحاج فاتح 6  
الولفة - البيضاء  
الهاتف: 0522-90-4000

CASABLANCA, LE : 23/11/2019

M.: Dr. M. Tahri

102, w

Dr. M. Tahri



15/11

15/11

48, w 1 y 205 g

Cotrimoxazole

23 Nove 2019 2 y en une seule prise

TOTAL motivante pte z

150, 80

voir notice  
PPV: 48DH60  
PER: 07-22  
LOT: 11737



Docteur Ahmed LEGTER  
Chirurgien Dentiste  
Ex Medecin Des FAR  
10, Hadj Fateh Oulfa - Casa  
Tél: 0522 90 40 00