

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 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

Déclaration de Maladie

N° W21-814585

par cour

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2430

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

RETRAIT

Nom & Prénom :

LAATIGUI MOHAMMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

BV EL MAGHREB EL ARABI. HAY BADR

N° 104 BENI DRAR Oujda

Tél :

0673871254

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/12/2023

Nom et prénom du malade :

LATIGUI MERYEME

Age :

70

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Echod - P

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 :

Oujda

Le :

21 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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

Autorisation CNDF N° : AA-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE: 082033366	21/12/2023	204,000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 082033366																
		Exo	D18	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D18"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="200 000"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="21/12/23"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text" value="21/12/2023"/></p>																
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	G		35533411	11433553	B				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
	H	25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
	D	00000000	G																	
		35533411	11433553																	
	B																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Touria MOKHTARI

Chirurgien Dentiste

Bd. Allal El Fassi, angle rue Sidi
Bouknadel - Bâtiment C, 1^{er} étage N° 11
(près de Souk Melilia) OUJDA

Tél : 05 36 68 95 48



الدكتورة مختاري ثورية

طبيبة جراحية للأسنان

شارع علال الفاسي، ملتقى زنقة سيدي
بوقنادل عمارة C، الطابق 1 رقم 11
(قرب سوق مليلية) وجدة

هاتف : 05 36 68 95 48

Oujda, le : 21/12/2023 : وجدة في

Facture n° 06 / 12 / 2023

Je soussigné avoir reçu la nommée
LATIGUI MERYEM née le 18/09/1994
pour l'extraction de la dent 24
avec un prix de 200 DH (Deux
cent dix) et dont la facture
pour valeur et pre de droit.


Dr. Touria MOKHTARI
Chirurgien Dentiste
Bd. Allal El Fassi, Angle Rue Bouknadel
Bat C, 1^{er} Etage n° 11-OUJDA
Tél : 05 36 68 95 48

BIRODOGYL
CP PEL B15
LOT : 22E013
PER:11 2025

P.P.V : 102DH00



BIRODOGYL
CP PEL B15
LOT : 23E003
PER:03 2026

P.P.V : 102DH00



Dr. Touria MOKHTARI

Chirurgien Dentiste

Bd. Allal El Fassi, angle rue Sidi
Bouknadel - Bâtiment C, 1^{er} étage N° 11
(près de Souk Melilia) OUJDA
Tél : 05 36 68 95 48



الدكتورة مختاري ثورية

طبيبة جراحية للأسنان

شارع علال الفاسي، ملتقى زنقة سيدي
بوقنادل عمارة C، الطابق 1 رقم 11
(قرب سوق مليلية) وجدة
هاتف : 05 36 68 95 48

Oujda, le : 24/10/2023 : وجدة في :

LATIGUI MERYEM.

$10200 \times 2 = 20400$

① - Parodontologie (allée)

1 sp daily or twice
per 7 jours.

PHARMACIE BADR BENI DRAR
Dr. BELMUSTEFA ILIASS
H. Hassan II, Bd. Badr Beni Drar
Tél : 05 36 65 02 05

Dr. Touria MOKHTARI
Chirurgien Dentiste
Bd. Allal El Fassi, Angle Rue Bouknadel
Bat C, 1^{er} Etage N°11-OUJDA
Tél : 05 36 68 95 48

PHARMACIE CHIRURGIE DENTALE
Dr. Touria Mokhtari
Rue Tachakouli, Oujda
Tél : 05 36 05 56 53