

# 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 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

- 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.

**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



**MUPRAS**

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

Maladie

Dentaire

2006/01

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2990

Société : Retraite (0001)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NABIL MOHAMADINE

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : BLOC B S N° 14 LOTIS NOUR FG

Tél. : 0675944756

Total des frais engagés : 600 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/2024

Nom et prénom du malade : NABIL MOHAMADINE Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

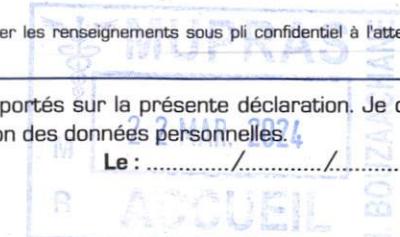
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/02/2024 / /



## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-035831

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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

### 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

18838

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

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	23	extraction	D713	
	22	extraction	D713	
	15	extraction	D713	
	16	extraction	D713	
				MONTANTS DES SOINS 600 m€
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 26/02/24
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR J. SEBBI  
SPECIALISTE EN CHIRURGIE  
BULLE DENTAIRE  
TÉL. 03 55 60 96 65  
SARAH 2

Docteur Lâïla Sebti  
Ep. Yahyaoui  
Spécialiste en Chirurgie Bucco Dentaire  
Ancien Médecin Interne aux Hôpitaux de Tunisie

الدكتورة ليلى سبتي  
حمر يحياوي  
اختصاصية في جراحة الفم والأسنان  
فرجحة كلية طب الأسنان بطنستير تونس

Fès, le : 26/02/24

FACTURE N° 001646

Nom - Prénom : NABIL MOHAMMEDINE

Acquittée la présente facture à la somme de : Sire cek dikh

Mode de règlement : Espèces

Intervention : Sions dikh



Av. Ibn Atir, Rue Masmouda Hay Farah 2 (Prés du Collège Al Qods) - Tél : 05 35 60 19 65  
N° de l'INPE : 144020427 - N° de l'ICE : 001887421000038 - N° de l'IF : 16870455 - N° de TP : 14024410

# NOTE D'HONORAIRES

**Docteur Laila SEBTI**

N° de l'INPE : 144020427  
 N° de l'ICE : 001887421000038  
 N° de l'IF : 16870455  
 N° de TP : 14024410

**Facture** N° 001646

Date : 26/02/24

Nom : NA3IL Prénom : MOHAMADINE

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وظيفة طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
23		21/02/24		D713	150 DA	<i>Dr. Laila SEBTI</i>
22		22/02/24		D713	150 DA	<i>Dr. Laila SEBTI</i>
15		23/02/24		D713	150 DA	<i>Dr. Laila SEBTI</i>
16		26/02/24		D713	150 DA	<i>Dr. Laila SEBTI</i>

Montant global : 500 DA

Mode de paiement :  Espèces  Chèque

Tél : 05 35 60 19 65 Urgences :

رقة مصمودة، شارع ابن الأثير حي الفرح 2 (قرب إعدادية القدس) - فاس

2, Rue Masmouda Av. Ibn Atir, Hay Farah 2 (Près Collège Al Qods) FES

Signature et cachet