

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 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.

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

Déclaration de Maladie

M23-000285

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3672 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHIBOU B MOHAMED
 Date de naissance : 15.08.1989
 Adresse : LOT LAAYOUNEN N°14 - HARKOURA - TERNARA
 Tél. : 0661181908 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ALAMI MOUDNI ABDESAM
 CHIRURGIEN DENTISTE ②
 3 Rue Houraine Rés. Al Wifak Appt. N°1 Rabat
 Tél 0537.77.29.89 / 0537.67.17.76
 Date de consultation : 15/05/2023
 Nom et prénom du malade : FANASAR W. DAD Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dev. S. fong. MUPRAS
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASA Le : 15/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

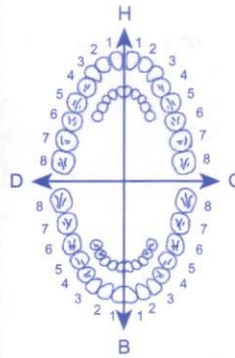
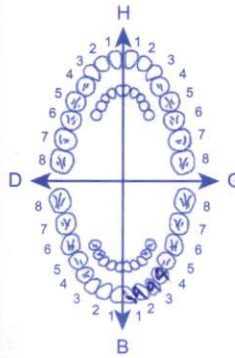
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

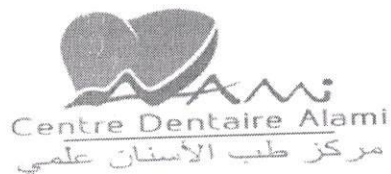
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D180 x 4"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2500,00 x 4"/> DATE DU DEVIS <input type="text" value="25/03/22"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="16/05/23"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
Cavon Ceno Cavon x D180 x 4																

DR ALAMI MOUDNI ABDESAM
CHIRURGIEN DENTISTE ②
3 Rue Houmane Rés. Al Wifak Appt. N°1 Rabat
Tél 0537.77.29.89 / 0537.67.17.76

DR ALAMI MOUDNI ABDESAM
CHIRURGIEN DENTISTE ②
3 Rue Houmane Rés. Al Wifak Appt. N°1 Rabat
Tél 0537.77.29.89 / 0537.67.17.76

Dr. ALAMI MOUDNI Abdeslam
CHIRURGIEN DENTISTE, Spécialiste en implantologie
Prothèse Fixée, Laser assisté et Chirurgie Reconstructrice péri & implantaire
Téléphone : 0537772989 - 0537671776
Email : Centredentairealami1@gmail.com



DATE: 16/05/2023

FACTURE N°582/23

NOM PRENOM: IMANSAR WIDAD

N° DENT	COTATION	DESCRIPTIF DES ACTES	PRIX
31	D180	Couronne céramo céramique	2500,00dhs
32	D180	Couronne céramo céramique	2500,00dhs
33	D180	Couronne céramo céramique	2500,00dhs
34	D180	Couronne céramo céramique	2500,00dhs

MONTANT TOTAL DES HONORAIRES	DIX MILLE DIRHAMS	10.000, 00dhs
---------------------------------	-------------------	---------------

DR. ALAMI MOUDNI ABDESLAM
CHIRURGIEN DENTISTE (Z)
3 Rue Honaine Rés. Al Wifak Appt. N°1 Rabat
Tél 0537.77.29.89 / 0537.67.17.76

www.centredentairealami.com
3, rue Honain, Résidence Al wifak, Haut Agdal, Rabat
Tél : 05 37.77.29.89 – 06 62.73.03.16
N° Patente : 25772461 N° CNSS : 7393739 ICE : 001766610000019 IF : 33515920

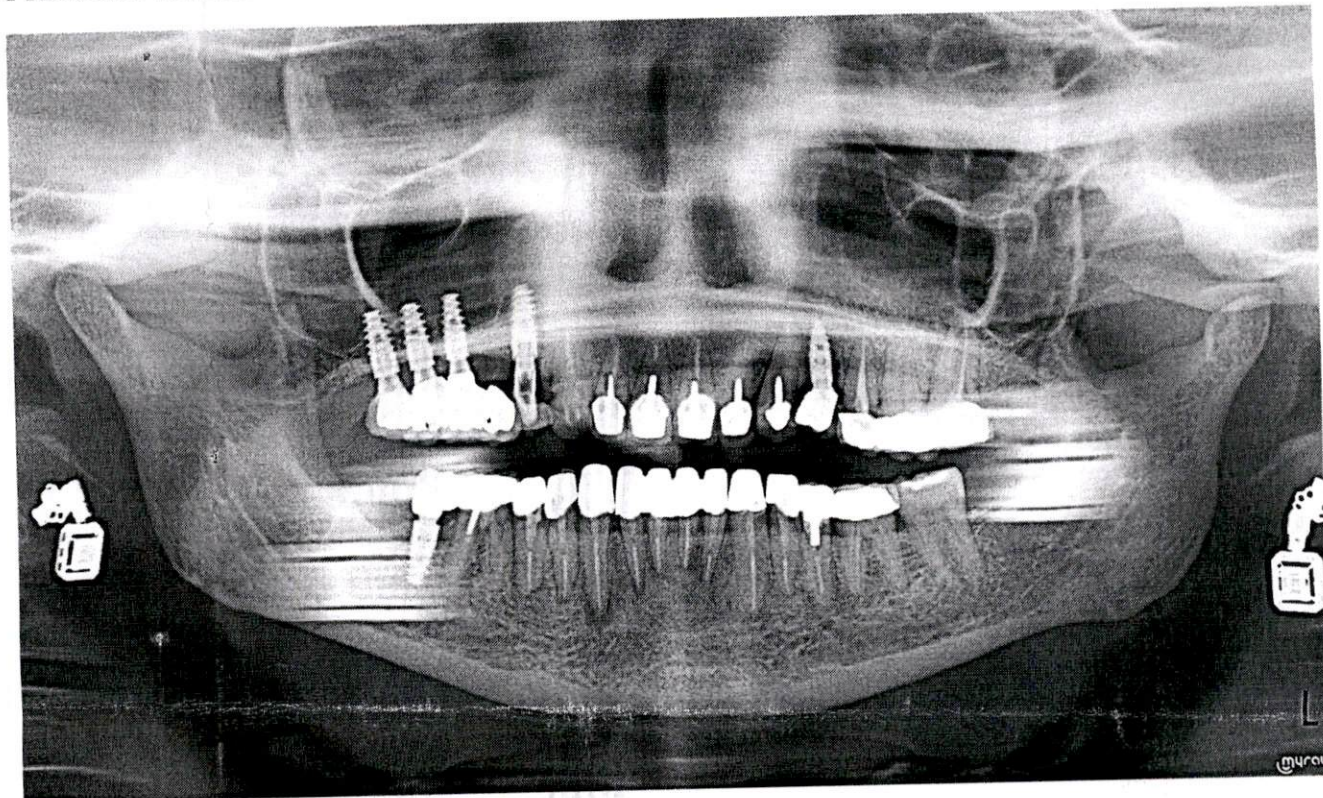
Dr. ALAMI MOUDNI Abdeslam
CHIRURGIEN DENTISTE, Spécialiste en implantologie
Prothèse Fixée, Laser assisté et Chirurgie Reconstructrice péri & implantaire
Téléphone : 0537772989 - 0537671776
Email : Centredentairealami1@gmail.com


Centre Dentaire Alami
مركز طب الأسنان علمي

RABAT LE 16/05/2023

NOM: IMANSAR

PRENOM: WIDAD

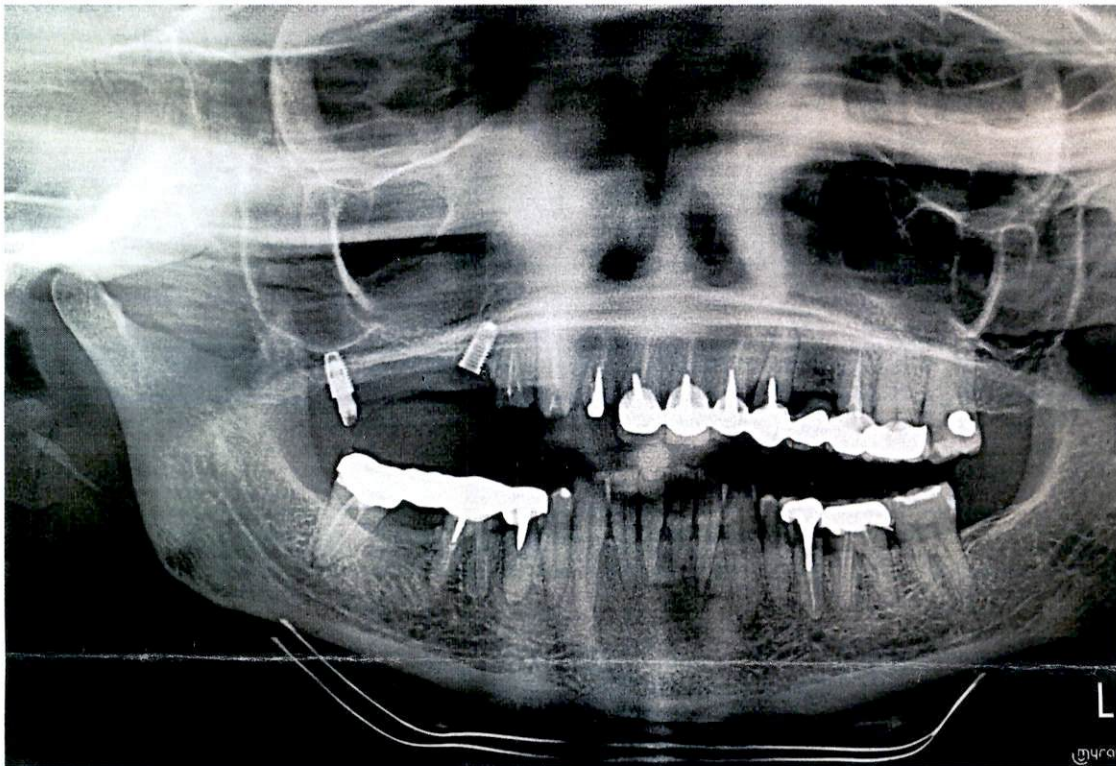


DR. ALAMI MOUDNI ABDESAM
CHIRURGIEN DENTISTE (Z)
3 Rue Honain Rés. Al Wifak Appt. N°1 Rabat
Tél 0537.77.29.89 / 0537.67.17.76

www.centredentairealami.com
3, rue Honain, Résidence Al Wifak, Haut Agdal Rabat
Tél : 05 37 77 29 89 / 06 62 73 03 16
N°Patente : 25772461 N° CNSS : 7393739 ICE : 0017666100000019 IF : 33515920

DATE: 25/03/2023

NOM PRENOM: IMANSAR WIDAD



Dr. ALAMI MOUDNI ABDESAM
CHIRURGIEN DENTISTE
Rue Honain, Rés Al Wifak Appt N° 3
Tél : 05 37 77 29 89 / 05 37 67 17 76

www.centredentairealami.com

3, rue Honain, Résidence Al wifak, Haut Agdal, Rabat

Tél : 05 37.77.29.89 – 06 62.73.03.16

N° Patente : 25772461 N° CNSS : 7393739 ICE : 001766610000019 IF : 33515920