

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° W21-803351

172116

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1424

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NAGASE NASTAF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL JAMIL Mohamed
Chirurgien dentiste
Mosquée IRAWI 1 étage Appt N° 2
Bvd El Oulfa (1) - Casablanca
Tel : 05 20 30 36 37

Date de consultation : 20/05/2023

Nom et prénom du malade : NAGASE

Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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 |
| 20/05/13 | consultation | n° | gratuit | INP : [] [] [] [] [] [] INPE : 094193968 |
| | | | Dr. EL AMIL Mohamed Chirurgien dentiste Musquée BAWI Etage Appt N° 2 Quinta (1) - Casablanca 203637 | |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|-----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Dr BOUCHAMA Ad Abou Bakr Al Kadin, Rés Naim, Im 5 Apt 3 - Bd Maaroufi - Casablanca 2520 25 73 22 | 29/5/2018 | 56 | 700 dh |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

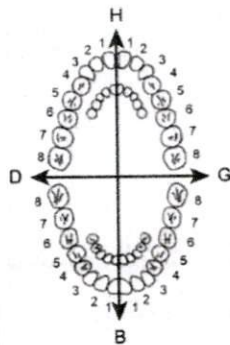
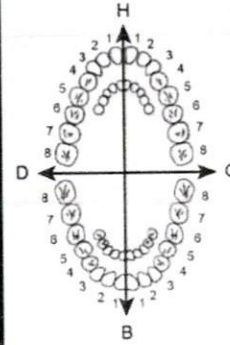
[illegible]

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | 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"> <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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ADHERENT

Smilexperts



Dental Centers

3/ région inf droite

47 (6.5mm/16.5), 46 (6.5mm/16.5),
45 (5mm/13), 44(4.5mm/16)

4/ région inf gauche

36 (5mm/14), 35 (5.5mm/15), 34
(5.5mm/13)

Dr BOUCHAMA Adil
Av, Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm, Imm 5
Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0520 25 73 22

contact@smilexperts.info

www.smilexperts.info

05 20 25 73 22

Av, Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm, Imm.5, Appt 3, Sidi Maarouf



Casablanca le, 29/05/2023

**Patient(e) : NAMASSE MOSTAFA-71 ans
et 1 mois**

Compte rendu Dentascan du maxillaire
superieur et inferieur pour étude pré-
implantaire

1/ région sup droite

17 (5mm/11), 16 (5mm/15), 15 (5mm/18),
14 (7mm/20)

2/ région sup gauche

Os insuffisant

Dr BOUCHAMA Adi.
Av, Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm, Imm 5
Appt 3, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0520 25 73 22

contact@smilexperts.info

www.smilexperts.info

05 20 25 73 22

Av, Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm, Imm.5, Appt 3, Sidi Maarouf

Dr BOUCHAMA Adil
Chirurgien Dentiste
Av abou bakr Ikadiri, 5 rés
Naim, appt 3
Sidi Maarouf
20520 casablanca Maroc

Tél: 0520257322

ICE: 002069548000024
INP: 104005822
IF: 36923450



Note d'honoraire N°: 176-F-2021

Date : 29/05/2023

NAMASSE MOSTAFA

| Nom de l'acte | Code | Lettre clé+Coeff | Dent(s) | Montant |
|---------------|------|---------------------|---------|-----------|
| CBCT | T158 | · Z 56· | Toutes | 800,00 DH |
| TOTAL | | | | 800,00 DH |

Mode reglement :

Dr BOUCHAMA Adil
Av. Abou Bakr Ikadiri, 5 rés Naim, Imme 5
Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0520 25 73 22

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Huit cent MAD

Signature du praticien

Casablanca, le 29/05/2023

Patient(e): **NAMASSE MOSTAFA**

FACTURE N° 107F2021

| ACTES | Code sécu | Dent(s) | Montant à payer |
|-------|-----------|---------|-----------------|
| CBCT | Z 56 | Toutes | 800,00 |
| TOTAL | | | 800,00 |

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Huit cent

Dr BOUCHAMA Adi.
Av. Abou Bakr el Kadiri, Rés Naim, Imm 5
Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0520 25 73 22

Signature du Praticien



د. الجامعي محمد

Dr.El Jamii Mohamed



Le 20/05/23

ORDONNANCE

Mr. NAMASSE MOSTAFA

- Demande d'examen

- Faire un CBCT

Diagnostic : pose d'implant

en lieu 14, 15, 16, 17

, 26, 27, 35, 36, 37

45, 46, 47.

Determiner la hauteur et l'épaisseur
de l'os au niveau des site précités.

Dr. EL JAMII Mohamed
Chirurgien dentiste

Mosquée IRAWI 1 étage App N° 2

Riyad El Oulfa (1) - Casablanca

Orthodontie - Implantologie - Soins de Prothèse - Blanchiment

📍 Mosquée IRAWI, 1 étage, App N° 2 Riyad al Oulfa «1», Casablanca

☎ 05 20 30 36 37

✉ dr.mohamedeljamii@gmail.com