

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0047408

178275

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04384 Société : R. A. N  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASMIL Naima  
 Date de naissance : 1954  
 Adresse : 66, Av. Noulay Hassan 1<sup>er</sup> Arr. D94  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0661332844 Total des frais engagés : (287,50) Dhs  
 787,50

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Rachid BAKAL**  
Chirurgien Dentiste  
Tél : 0522 82 70 25  
548, Boulevard Moudibokeita  
Etage 2<sup>nd</sup> Casablanca

Date de consultation : 01/10/2023

Nom et prénom du malade : ASMIL NAIMA Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : CASABLANCA

Le : 07/10/2023

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
	21/10/2023	287,60

# 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
		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																						
		Courh	Du	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="Duu"/>																					
	35	Shh	Do	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="8000"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="02/10/2023"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </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 PAIEMENT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachid BAKAL  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 0522 82 70 25  
548, Boulevard Moudibokeita  
Etage 2, N° 8 Casablanca

Dr. Rachid Bakal  
Chirurgien Dentiste



الدكتور رشيد بقال  
طبيب جراح للأسنان

Chirurgie - Orthodontie - Implantologie - Soins

Casablanca, le : 02/10/2023 : الدار البيضاء, في

ASMI NAÏMA

→ AUGMENTIN (1g)

1 p 2/2 M J

168,20

→ CORICORON (10mg)

40,00

2 p en 18h/24h

57,10

→ BRUXIN

→ COCODURNIC

22,20 1 p 3/3 M J

📍 548 boulevard modibokeita, etg 2, N8 - Casablanca

☎ 0661 34 00 44 ☎ 0522 82 70 25

✉ dr.smile.care.casa@gmail.com



# Brexin<sup>®</sup> 20 mg

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

10 sachets

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 651615  
PER: 04/25

**Codoliprane**  
Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

PPV: 22DH20  
PER: 04/25  
LOT: M1313



**Cotipred<sup>®</sup>**  
prednisolone

notice - voir notice

PPV: 40DH00  
PER: 07/26  
LOT: M2402



bottu  
82, Allée des Cassegras - Ain Seïda - Casablanca  
S. Bachroux - Pharmacien Responsable