

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-0029766

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02199

Société : RAM REX

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ENNAJEM Abdallah

Date de naissance : 30/05/1956

Adresse : 2, RUE D'ATHENES - APP. 10 - EL AGHACH - CASA

Tél. : 0666 818311

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ENNAJEM Abdallah

Age : 67

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : D. 25

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 :

Le : 10 / 10 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
		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 :

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														
	25	canalaire	015														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS			700														
DEBUT D'EXECUTION			015														
FIN D'EXECUTION			000														
DATE DU DEVIS			000														
DATE DE L'EXECUTION			000														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Orthodontics & Cosmetic Dentistry

Casablanca, le 09/10/2023

FACTURE N° 561F2023

Patient(e): ENNAJEM abdallah

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
OBTURATION CANALAIRE MONO	25	700,00 DH
TOTAL		700,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Sept cent

SCAN ME



IF : 96379920 -ICE : 002077369000026 -INPE: 094184025

Signature du Praticien

Dr. Zouhair ABIDINE
Chirurgien Dentiste
45 Avenue 2 Mars 2ème
étage App Casablanca
24 05 20 59 09

www.dentalclinic2mars.com

105 Avenus 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca. Maroc

05 22 805 806 06 96 520 109 dentalclinic2mars@gmail.com

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Maître Européen Damon
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign
Membre du Collège Européen d'Orthodontie

Radié après.

 **DENTAL CLINIC 2 MARS**
Orthodontics & Cosmetic Dentistry



www.dentalclinic2mars.com

105 Avenue 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca, Maroc

☎ 05 22 805 806 📞 06 96 520 109 ✉ dentalclinic2mars@gmail.com

RVG6200

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



DENTAL CLINIC 2MARS
DR. ABIDINE ZOUHAIR
0522 805 806

ENNAJEM ABDALLAH

Date de naissance: 30/05/1956

22/08/2023 16:36:31

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

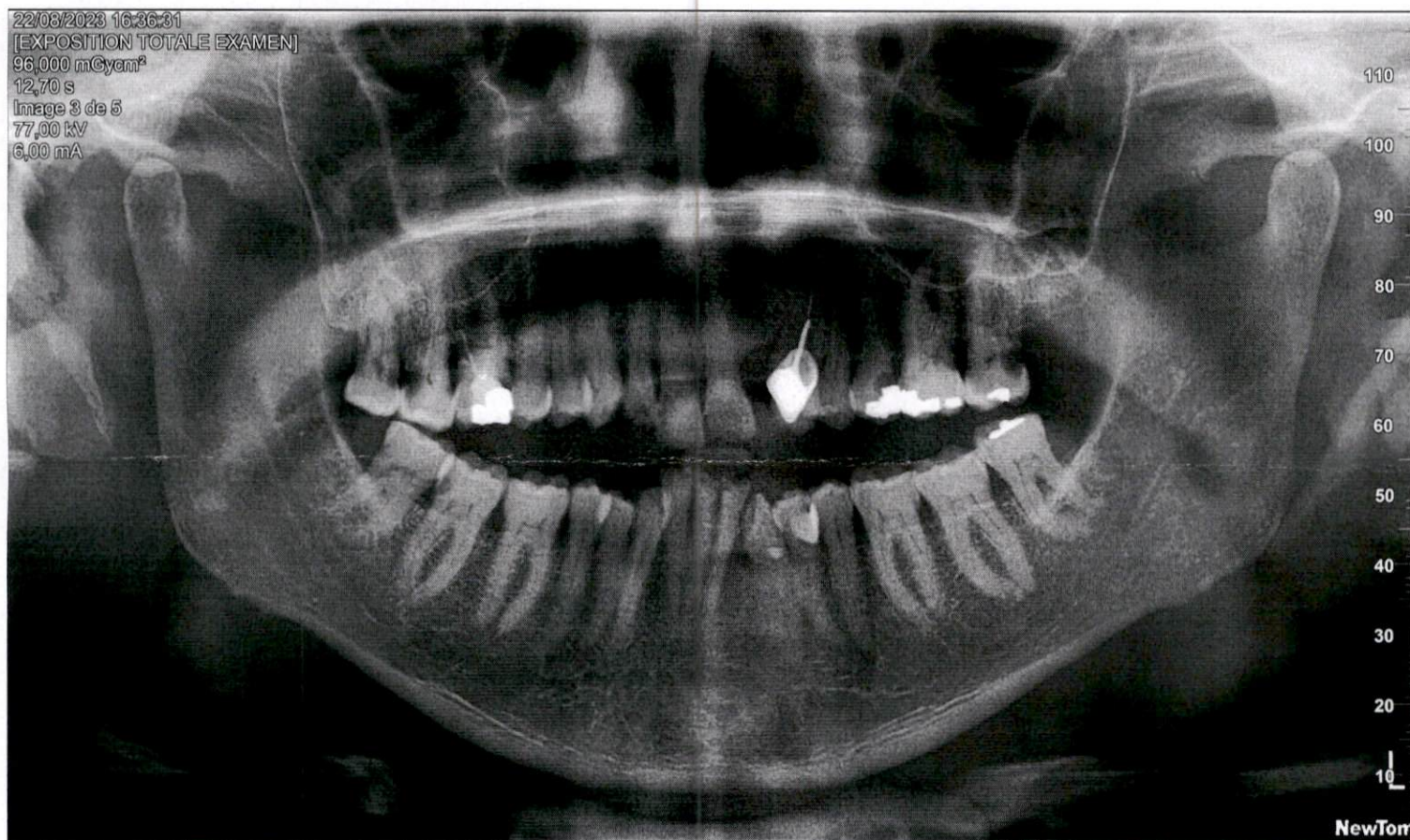
96,000 mGycm²

12,70 s

Image 3 de 5

77,00 kV

6,00 mA



RadiO Avant.

Dr. Zouhair ABIDINE
Chirurgien-Dentiste
105 Avenue 2 Mars 2ème étage bureau 5, Casablanca
Tél: 0522 805 806

www.dentalclinic2mars.com

🏠 105 Avenue 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca. Maroc

☎ 05 22 805 806 📞 06 96 520 109 ✉ dentalclinic2mars@gmail.com