

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

M22- 54466

178938

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3563

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKRI NACIRI mohammed

Date de naissance : 18/06/1959

Adresse : DERB KOREA 39 N°42 CASA

Tél. : 0666263701

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/9/23

Nom et prénom du malade : Bouker Nour Nohad

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : EXTRACTION DENTAIRES

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 : 10/10/2023


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
	19/9/2023	59,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

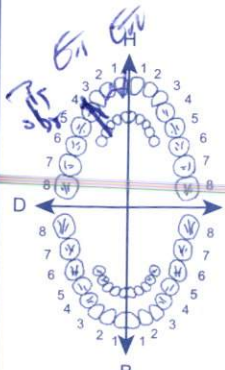
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
	11	E2	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX D42
	12	E2	D10	
	14	T20	D22	
				MONTANTS DES SOINS 10090
				FIN D'EXECUTION 19/9/23

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	B

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
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

Dr. Youssef Ouzenna
Chirurgien Dentiste
Bd. Bni Mguira - Casablanca - Tél: 05 22 80 99 72

Dr. OUENZA Youssef
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Buccale
Radiologie Dentaire



Cabinet Dentaire

د. وانزة يوسف
 دكتور متخصص في جراحة
 الفم و الأسنان
 اشعة الاسنان

Casa le : 19/5/22

DONNANCE

Boukha Nour Noham

37.40

Neopred 20 mg

34 1/2 1/2 3/4
 22.20 2 1/2 1/2 1/2
 Codolip 20 mg

1 3/4

59.60



PPV: 22DH20
 PER: 05/25
 LOT: M1615

Dr. Youssef OUENZA
 Chirurgien Dentiste
 Bc. Bni Mguild Rue 27 N 15 Hay Laayoune
 Casablanca Tél: 05 22 80 09 12

Dr. OUENZA Youssef
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Buccale
Radiologie Dentaire



Cabinet Dentaire

د. وانزة يوسف
دكتور متخصص في جراحة
الفم و الأسنان
اشعة الاسنان

Casa le : 19/9/23

Facture N° :

Je Sousigné Docteur OUENZA Youssef avoir executé pour Mr Mme
Mlle Des:

*** Soins Dentaires :**

Obturation Simple

Traitement Canalaire

*** Extraction Dentaire :**

Simple

Dent De Sagesse :

*** Protheses Dentaire :**

Pap :

Pat :

Ccm :

Civ :

Cc :

*** Soins Gingivaux :**

*** Soins Orthodontiques :**

le prix global payé est de

Dr Youssef OUENZA
Chirurgien Dentiste
Bd. Bni Mguild - Laayoune Rue 27 N° 15
Casablanca Tel.: 05 22 80 09 12

Dr. Youssef OUENZA
Chirurgien Dentiste
Bd. Bni Mguild - Laayoune Rue 27 N° 15
Casablanca Tel.: 05 22 80 09 12