

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.

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'Hor
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

M23-012522

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 9017 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZADANI HASSNA HARRASSAN.

Date de naissance :

Adresse : 5 RUE 36 ou LFA

CASA BLANCA

Tél. : 0661 790637 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/04/2023

Nom et prénom du malade : ZADANI Hassna Age : 35 ans

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

Nature de la maladie : Soins et prothèse dentaire

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 : 22/11/2023

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

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 :

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	
	17	Rep	D25	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Ouh Errabii El Oulfa
Casa : Tel 05 22 93 48 38

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 171625 
N° Dossier externe: ACC-09017-11/08/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: ZADANI HASNA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 11-08-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 11-08-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
15-08-2023	Manuel	ACC D460 2 IC+CCM 16+17 S/R RX APRES DR AFFAR



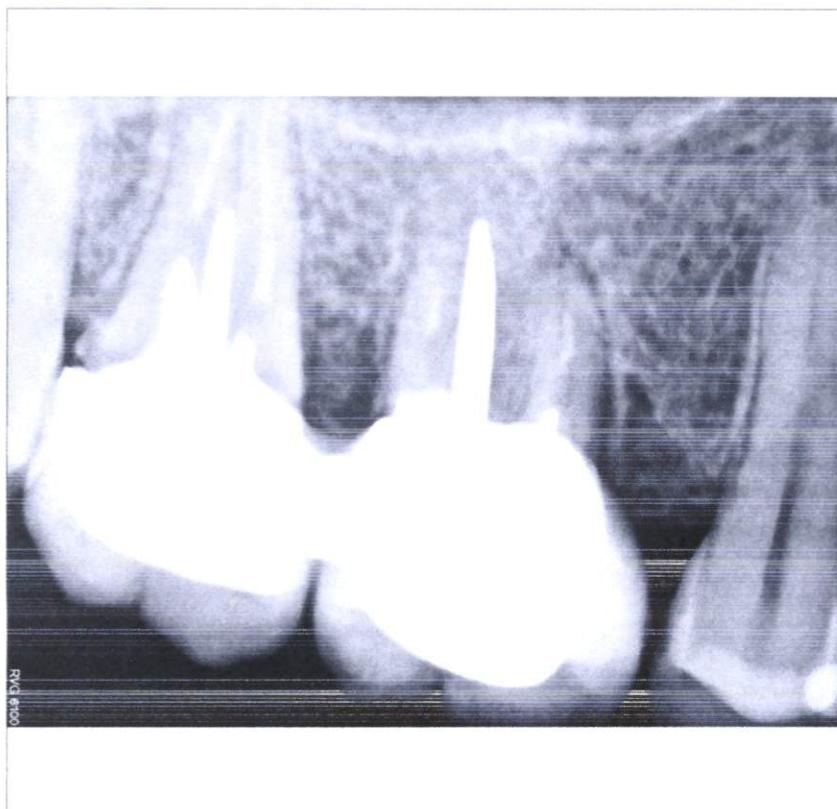
Diplôme de la faculté de médecine
dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université
de Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de
l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة
بوركون بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة
تولوز

Patient : **ZADANI Hasna**

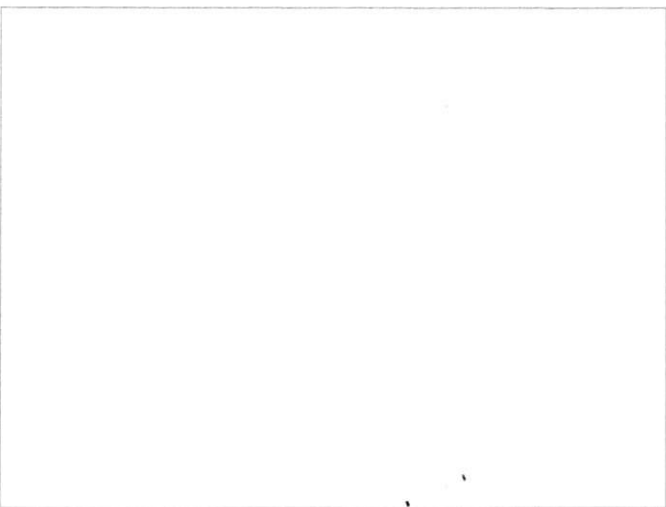
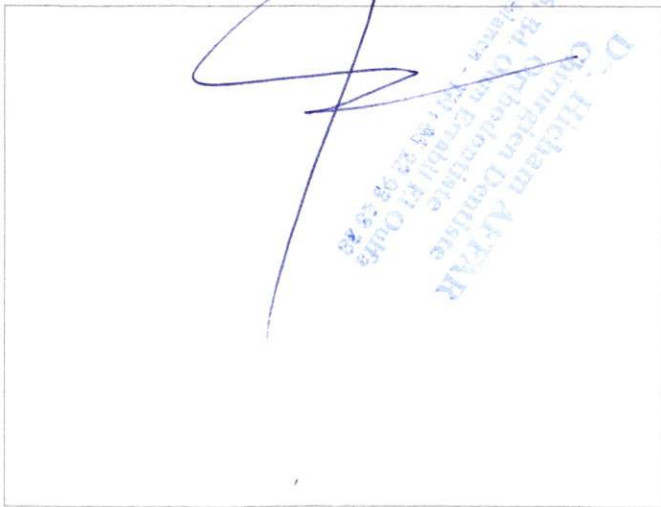
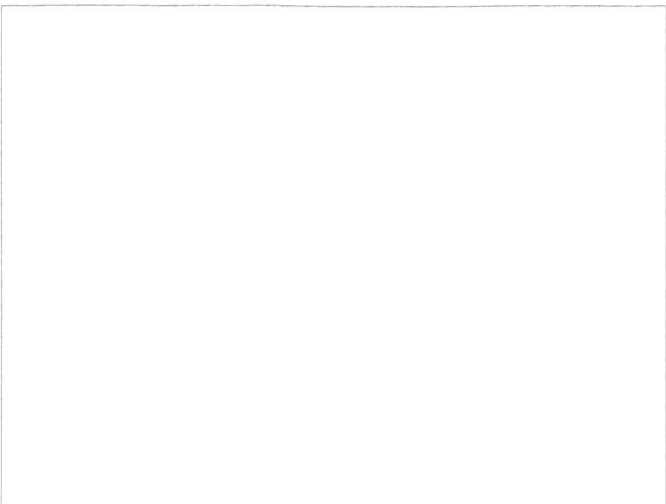
Dents : **16:17**

Date : **21/11/2023**



156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156 شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casa : Tél 05 22 93 48 38



Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé en Orthodontie de l'Université
de Bourgogne (France)

Diplômé en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier (Toulouse)

156, Bd. Oum Errabii 1^{er} Etage - El Oulfa
Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20220

الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان

من جامعة بورغون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان

من جامعة تولوز

156. شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول

الهاتف : 05.22.93.48.38 - الدار البيضاء



Casablanca, le 21/11/2023 الدار البيضاء, في

Zadani Hosna

ICE: 001458240000004

Pw Hésa

2FM : 16 - 14

2CM : 16 - 14

D460 / 9200,00

Montant : 9200,00

neuf mille deux cent

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casa : Tél 05 22 93 48 38