

# 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'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- 0017268

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KASRI MOHAMMED  
 Date de naissance : 01-01-1980  
 Adresse : 92A, Rue Tamer, Cité de l'Air, Nouaceur  
 Tél. : 0661100715 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/11/2023  
 Nom et prénom du malade : KASRI MOHAMMED Age: 43  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : 08/11/2023  
 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

### 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

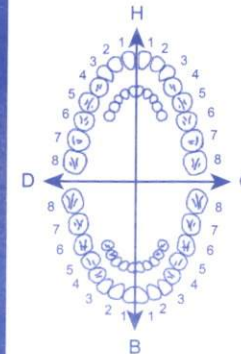
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

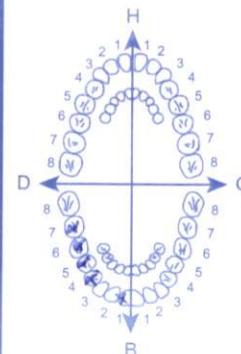
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Stellite remplacé  
44, 45, 46, 47  
47

D120 + S.D. 15

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Dr. Ahmed EL MARI BOUHAMMO  
Centre Dentaire  
de l'Atlas C.I.L. Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

*Spécialiste en Parodontologie*

*Implantologie – Prothèse fixée*

*Et Occlusodontie*

Diplômé de l'Université de LYON



الدكتور أحمد العلوي بو حميد

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في امراض اللثة

الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca, le 15/11/2023

Patient(e): KASRI mohamed

INP : 094014131

IF : 40909045

ICE : 001784424000064

**FACTURE N° 3794F2022**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
STELLITE	0	44	3 500,00 DH
TOTAL			3 500,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Trois mille cinq cent Dh

Signature du Praticien

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire CIL 42, Rue  
de l'Atlas CIL Casablanca  
Tél: 05 22 94 65 74 - Fax: 05 22 94 59 81

C l i n i q u e   D e n t a i r e   C I L

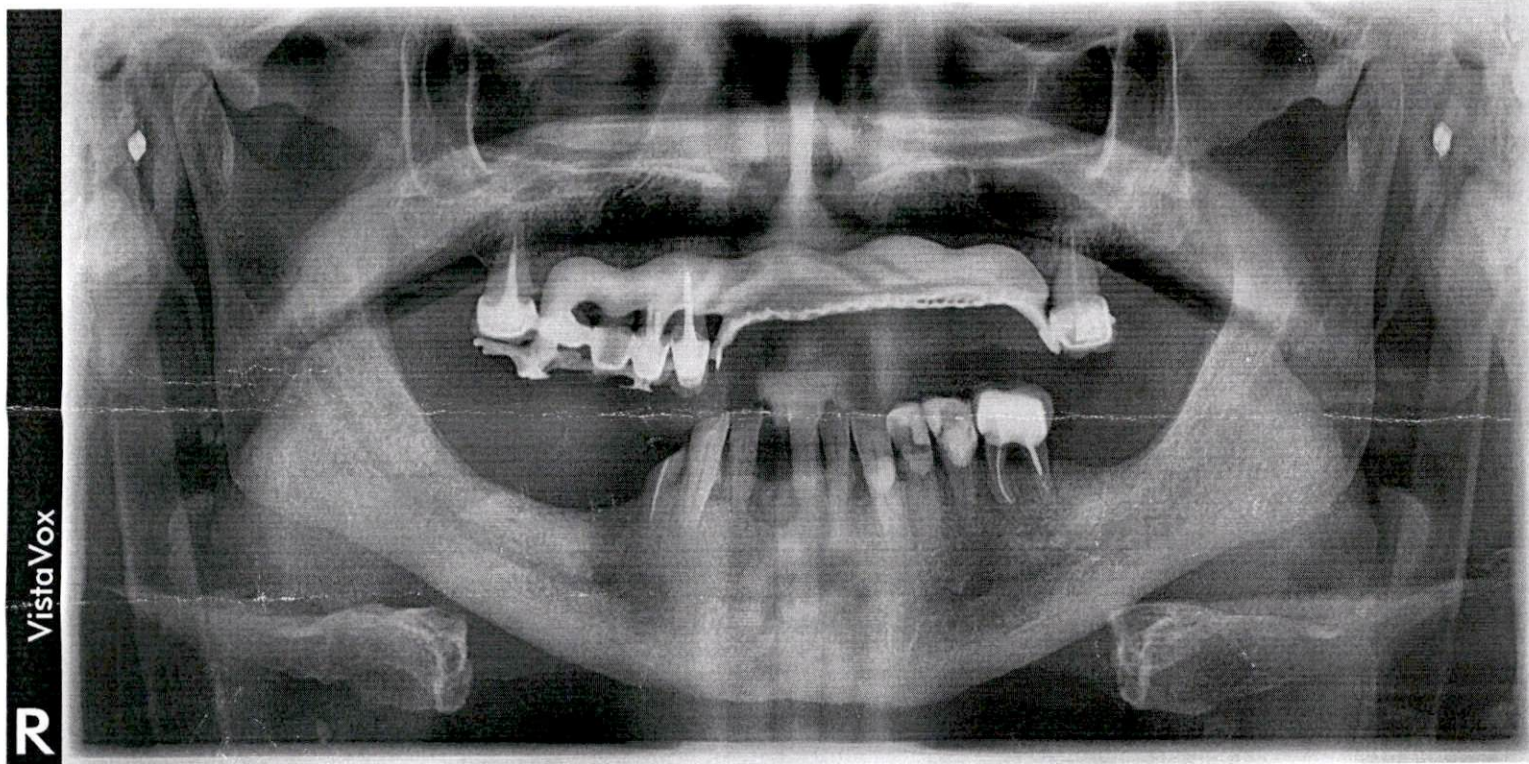
42, rue de l'atlas – CIL\*Casablanca\* Tél. : 05 22 94 65 74\* Fax : 05 22 94 59 81

Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)



Dr Ahmed Alaoui Bouhamid  
kasri, mohamed 12/06/1950  
08/11/2023 10:11:39

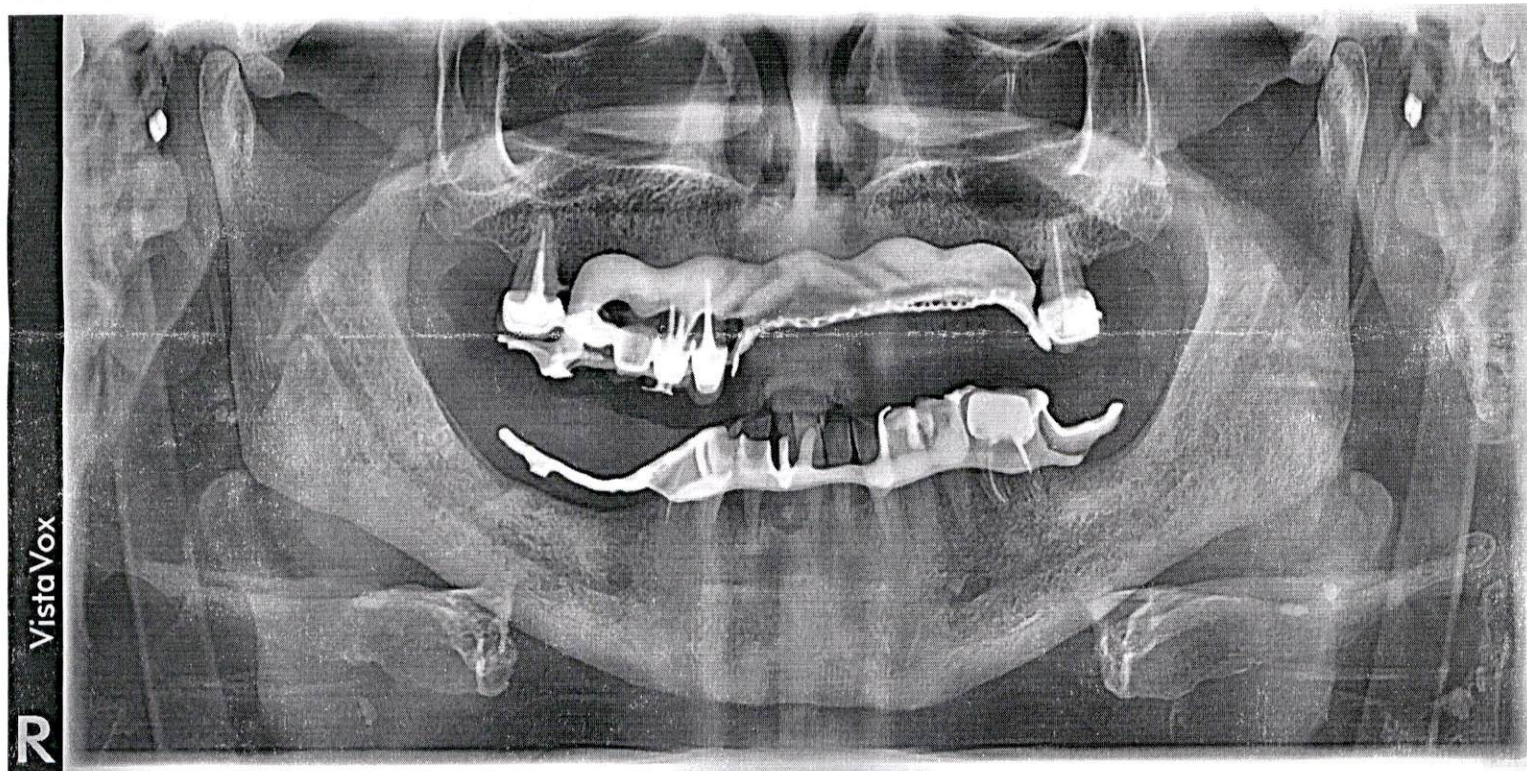
Panoramique Standard  
08/11/2023



Dr. Ahmed ALAOUY BOUHAMID  
Centre Dentaire C.I.L. 42, Rue  
de Katlas C.I.L. Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 93 81

Dr Ahmed Alaoui Bouhamid  
kasri, mohamed 12/06/1950  
15/11/2023 14:25:12

Panoramique Standard  
08/11/2023



Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire C.D.L 42, Rue  
de l'Atlas C.I.I. Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81