

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Reclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

N° W21-720726

Maladie

Dentaire

Optique

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Société :

Matricole :

Société :

Date de naissance :

Total des frais engagés :

Adresse :

16.18,10

Tél. :

066.1083.52.5

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
 Centre Dentaire CIL 42, Rue de l'Atlas CIL- Casablanca
 Tel: 0522 94 65 74-Fax: 0522 94 59 81

Cachet du médecin :

15/11/2023
 Othmane Zineb

Date de consultation :

15/11/2023

Age:

57

Nom et prénom du malade :

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID

Lien de parenté :

Lui-même
 Conjoint
 Enfant

Nature de la maladie :

Soins de bains

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

11 DEC. 2023

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 : 15/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SORHIA Mme. Benbrahim Sina 2143844-0522360164	8/11/23	118.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

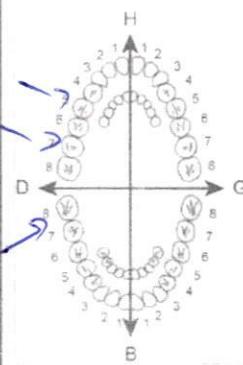
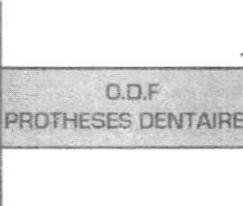
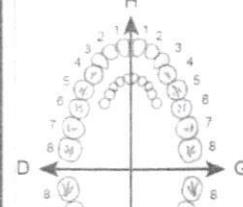
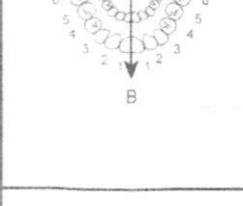
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'C

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	15 17	Cup Cup	D ₁₀ D ₁₀	2x D ₁₀ x D ₂₀
	W8	GTF	D ₂₀	1500.
				8/11/23
				15/11/23

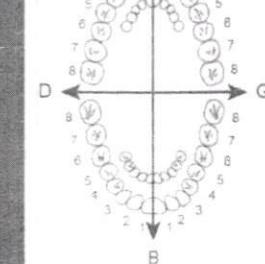
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTI

Dr. Ahmed ALAOUI BOUAMID
Dentiste - Casablanca
Tél: 0522 31 22 22

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 بوعيد

طبيب جراحي للأسنان

إختصاصي في امراض اللثة
الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le : 8/11/23 الدار البيضاء في :

6k.10

PPV 64DH10

صيدلية صوفيا
PHARMACIE SOPHIA
Dr. Benbrahim Ep. Staoui
Casablanca - Sina - CASA
T: 0522 360164

M Aduyam 19 au decembre 19

40DH00
06/2026
T 32011 1

Patien et ses' p'ti s.

40.00 s'commencer le nettoyage de R.V

21 Effacer la

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M2944

le nettoyage p'ti 3000,-
s'commencer le nettoyage de R.V

16.00

21 Dr Bespache 19

PHARMACIE SOPHIA
Dr. Benbrahim Ep. Staoui
Casablanca - Sina - CASA
T: 0522 360164



Clinique Dentaire CIL

118.10

42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca
Site web : www.clinicdentairecil.com

Tél : 05 22 94 65 74
Fax : 05 22 94 59 81

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 06/12/2023

Patient(e): CHOUKRI zineb

INP : 094014131
 IF : 40909045
 ICE : 001784424000064

FACTURE N° 3883F2022

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
OBTURATION AU COMPOSITE	0	15	500,00 DH
OBTURATION AU COMPOSITE	0	17	500,00 DH
EXTRACTION DENT DE SAGESSE	0	48	500,00 DH
TOTAL			1.500,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de

Mille cinq cent Dh

Signature du Praticien

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
 Centre Dentaire CIL 42, rue de l'Atlas Casablanca
 Tél. 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 59 81

Clinique Dentaire CIL

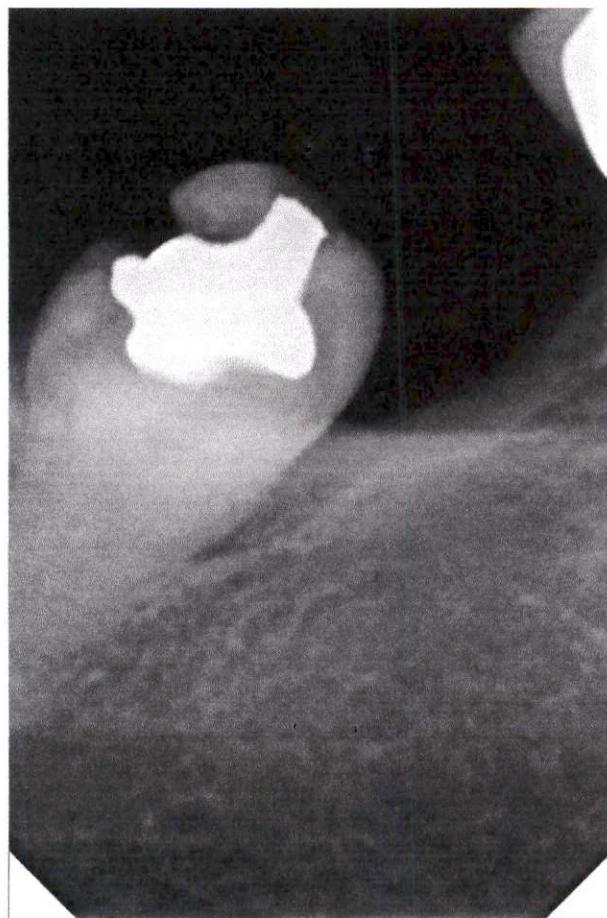
42, rue de l'atlas – CIL*Casablanca* Tél. : 05 22 94 65 74* Fax : 05 22 94 59 81

Site web : www.clinicdentairecil.com

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

Alaoui

Intra-oral molaire Adulte 48



Dr. Ahmed ALAOUI ROUHAMID
Centre Dentaire C.R. 42, Rue
de l'Atlas CR - Casablanca
Tel: 0522 94 85 / Fax: 0522 94 59 81

Après

Intra-oral molaire Adulte 48

