

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : D2199

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNATEM Abdallah

Date de naissance : 30/05/1956

Adresse : 2, RUE D'ATHENES - APP 10 - 4<sup>e</sup> étage CASA

Tél. : 06 66 81 83 11 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ENNATEM ABDALLAH Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Caisse de

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances .....

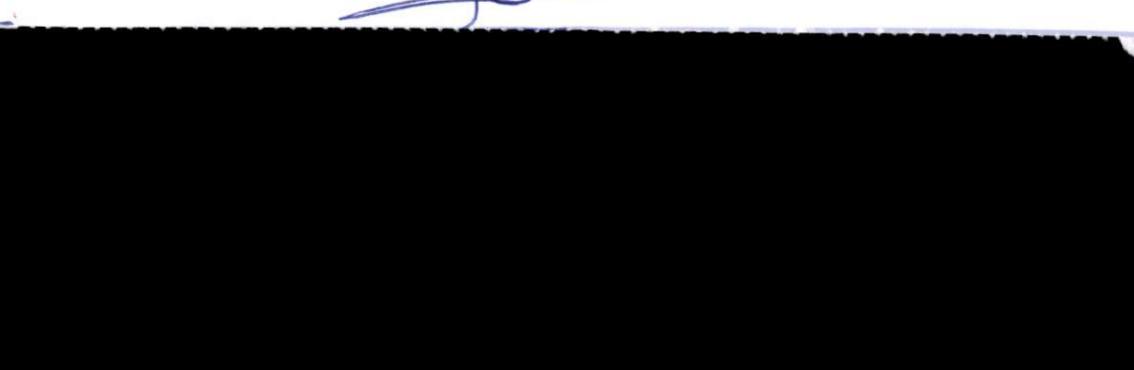
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10/10/23

Le : 9 / 10 / 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

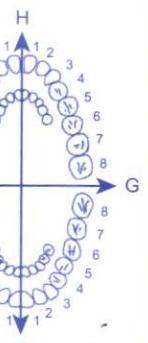
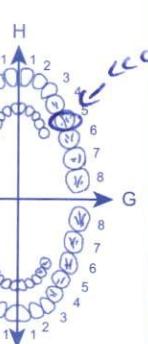
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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'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			
	<p>ccc 25 H 21433552            25533412 00000000 00000000            00000000 00000000 00000000            35533411 11433553</p> <p>D B</p> <p>(Création, remont, adjonction)            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				D 200
				3000,00 dh
				31/10/2023
				26/12/2023

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET D'UN CHIRURGIEN**  
**ABIDJA**  
**DOCTEUR ABDERRAHMANE**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
**105 Avenue Hassan II**  
**étage App 303**  
**Tél 0522 80 32 06**

N° Dossier: 178251

N° Dossier externe: ACC-02199-10/10/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: EN NAJEM ABDALLAH

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 10-10-2023

Date de fin:

Date de saisie: 10-10-2023

Événement:

#### Commentaires pour l'édition

Ajouter

#### Commentaires existants []

Date	Type	Commentaire
11-10-2023	Manuel	ACC D180 CCM 25 S/R RX APRES DR ABIDINE ZOUHAIR

# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

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



Casablanca, le 26/12/2023

## FACTURE N° 726F2023

Patient(e): ENNAJEM abdallah

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
COURONNE CERAMO-CERAMIQUE	25	3 000,00
<b>TOTAL</b>		<b>3 000,00</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Trois mille



IF : 96379920 -ICE : 002077369000026 -INPE: 094184025

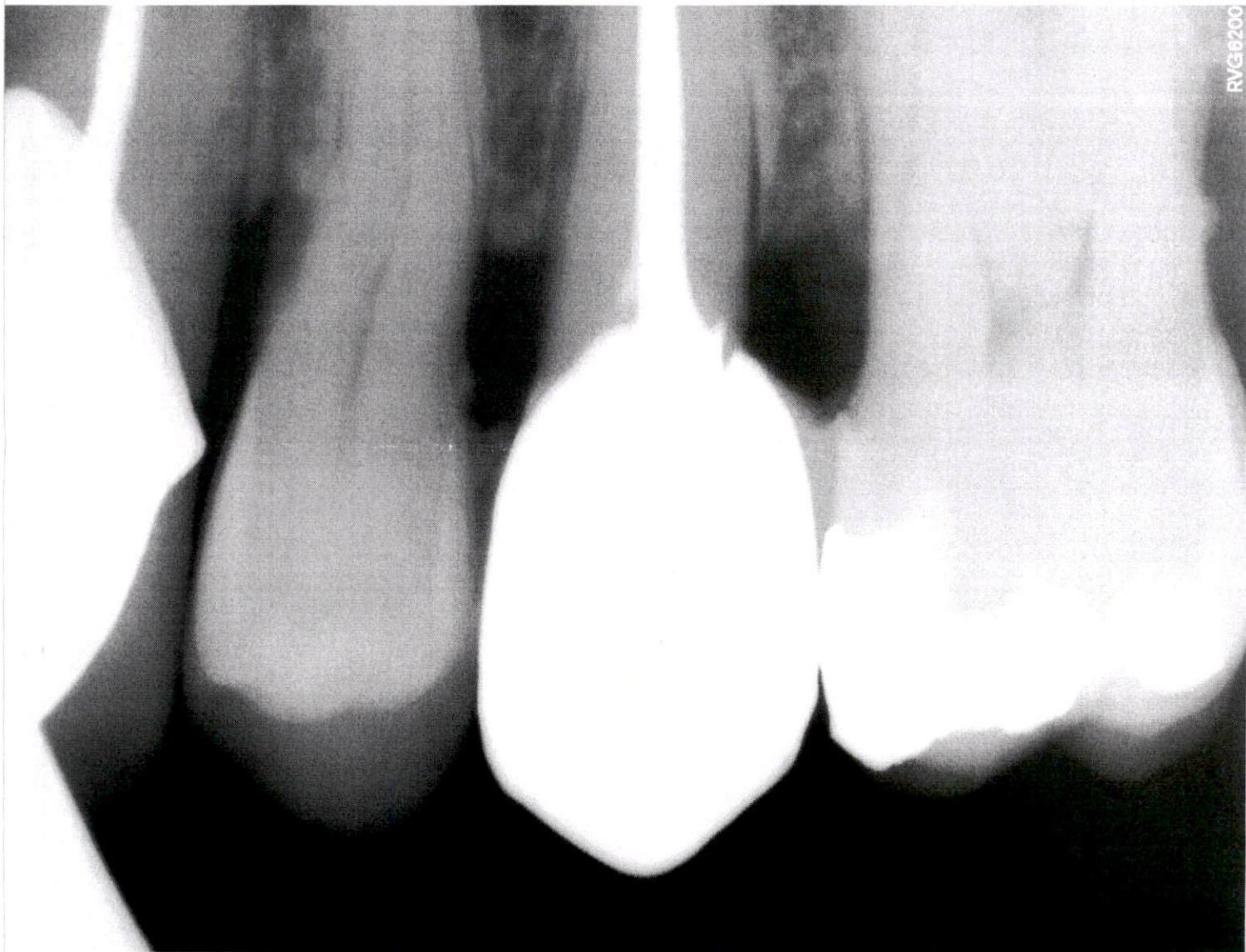
**Signature du Praticien**

Dr. Zouhair ABIDINE  
Chirurgien Dentiste  
105 Avenue 2 Mars, 2<sup>ème</sup>  
étage Appartement 58 06  
Tél: 05 22 805 806

[www.dentalclinic2mars.com](http://www.dentalclinic2mars.com)

## Dr. ABIDINE ZOUHAIR

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



[www.dentalclinic2mars.com](http://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

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Orthodontics & Cosmetic Dentistry

Dr. Abidine Zouhair  
Orthodontist  
Casablanca - Maroc  
Radios Avant

[www.dentalclinic2mars.com](http://www.dentalclinic2mars.com)

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

05 22 805 806

06 96 520 109

dentalclinic2mars@gmail.com

RMG6200