

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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

W21-830713

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11012 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAYACH NAHID

Date de naissance : 29/03/80

Adresse :

Tél : 0669593937 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2023

Nom et prénom du malade : TAYACH NAHID Age :

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

Nature de la maladie : Soins 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



[illegible][illegible]

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

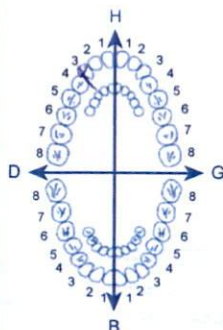
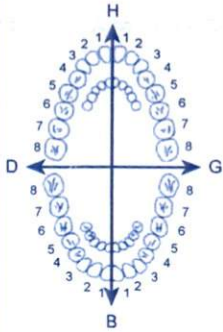
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																														
		Composte Dal	4000		Dal 26																														
		Radio 26	1500		MONTANTS DES SOINS																														
					550.00																														
					DEBUT D'EXECUTION																														
					14/12/2023																														
					FIN D'EXECUTION																														
					14/12/2023																														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> <td></td> <td align="center" colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td align="center">25533412</td> <td align="center">21433552</td> <td></td> <td align="center">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> <td></td> <td align="center">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> <td></td> <td align="center">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">35533411</td> <td align="center">11433553</td> <td></td> <td align="center">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> <td></td> <td align="center" colspan="2"></td> </tr> </table>				H			G		25533412	21433552		00000000		00000000	00000000		00000000		00000000	00000000		00000000		35533411	11433553		00000000		B					COEFFICIENT DES TRAVAUX
H			G																																
25533412	21433552		00000000																																
00000000	00000000		00000000																																
00000000	00000000		00000000																																
35533411	11433553		00000000																																
B																																			
	<p align="center"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p align="center">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX																														
	Montant des Honoraires				MONTANTS DES SOINS																														
					DATE DU DEVIS																														
					DATE DE L'EXECUTION																														

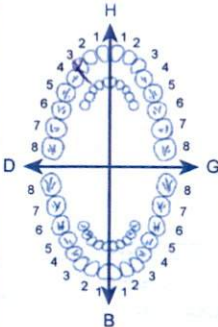
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX	
		Composte	D <sub>11</sub>	400 DH	D <sub>11</sub> 26	
		Radio	26	150 DH		MONTANTS DES SOINS
						550 DH
						DEBUT D'EXECUTION
						14/12/23
					FIN D'EXECUTION	
					14/12/23	

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**

Montant des  
HonorairesCOEFFICIENT  
DES TRAVAUX

### MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Lotfi MEKOUAR**

*Docteur d'Etat en chirurgie Dentaire*

Parodontie - Implantologie  
Chirurgie Buccale - Prothèses  
Blanchiment et Soins Dentaires  
Orthodontie



**الدكتور لطفي مكووار**

طبيب جراحي للأسنان

جراحة الفم و اللثة

تركيب وزرع الأسنان

تبييض وعلاج الأسنان

تقويم الأسنان

Casablanca, le : 14/11/2023

Patient (e) : TAJACH WABD

Facture Des Soins Dentaires

- composite 13 Dn 400 DH

- Radio 13 2e 150 DH

Total = 550 - DH

**Lotfi MEKOUAR**  
Dr. d'Etat en Chirurgie Dentaire  
Parodontie Implantologie  
Radiologie Orale  
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél : 022 22 14 93

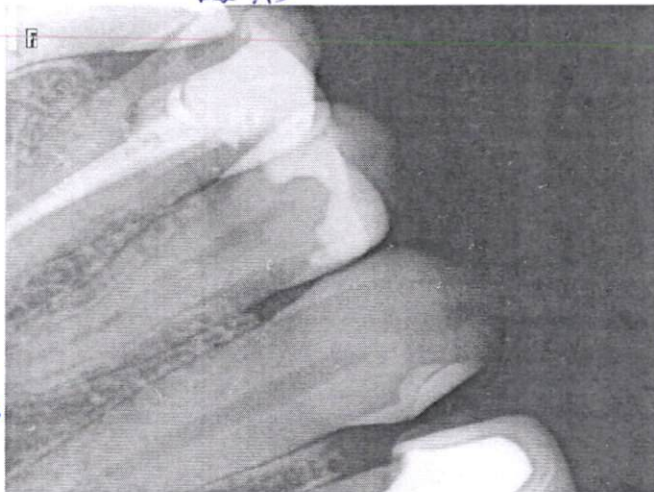
44, Rue des Hôpitaux 3ème étage ( Face aux urgence Ibn Rochd - Morizgo) - Casablanca

Tél.: 05 22 22 14 93 / 0808 32 94 70 - Urgences : 06 61 06 44 66 - E-mail : mekoulotfi@hotmail.com

ICE : 001740862000016 - IF : 42010956 - INPE : 94012853

DR MEKOUAR LOTFI user  
TAYACH NAHID 14/12/2023 Bilan FMS

Rx 13



Lotfi MEKOUAR  
Dr. d'Etat en Chirurgie Dentaire  
Parasurte Implantologie  
Stabilisation Orale  
14. Rue de l'Hopital  
T.E. 022 22.74.07  
Resablance