

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-806359

Rypano  
voir ACC

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6410

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : RASSID SAID

Date de naissance : 16/08/1965

Adresse : 29 lot Haj Fath Casablanca

Tél : 0666566363

Total des frais engagés : 300

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre Dentaire AZMI  
Dr. AZMI Yassine  
Bd Lalla Aïcha, Hay Amal  
Rue 2 N°1 1er étage Settat  
Tél. 06 88 48 40 44

Date de consultation : 3.1.24

Nom et prénom du malade : Aboumad IMANE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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 : Settat

Le : 03/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

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
3/12/2011	Consultation	1	1000dh	INP : 06 61 91 133

Centre Dentaire AZMI  
Bd Lalla Aïcha Hay Amal 1  
Rue 2 N°1 1er étage Settat  
Tél. 06 88 45 40 44

# 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
	06/01/2012	2/2	2000dh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

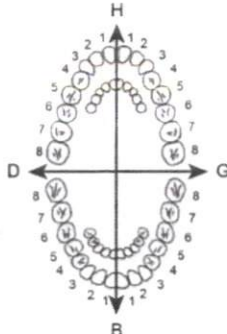
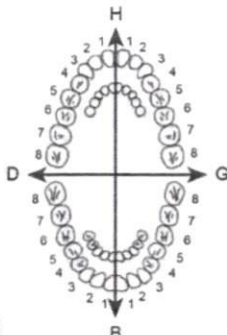
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Centre Dentaire

AZMI

Dr. AZMI Yassine



مركز طب الأسنان

عزمي

د. عزمي ياسين

Le: 3.01.26

Mme IMANE Abouneid

Rx Panoramic

Dr BEGHARI HOUDA  
MEDECIN RADIOLOGUE  
INPE: 151137270

Centre Dentaire AZMI  
Dr. AZMI Yassine  
Bd Lalla Aicha, Hay Amal 1  
Rue 2 N°1 1er étage Settat  
Tel.: 06 88 48 40 44

شارع الأميرة للا عائشة، حي الأمل 1 (طريق كيسر) - سطات

Bd. Lalla Aicha, Hay Amal 1 (Route Guisser) - Settat

☎ 06 88 48 40 44 📧 centre.dentaire.azmi@gmail.com



CABINET IBNOU SINA  
Lotissement Chouia  
N-5 Bd Abderrahmane Skirej  
Settat  
Maroc  
Tél: 05 23 40 32 59  
GSM: 06 53 57 12 06

NOM DU PATIENT	DATE D'EXAMEN	DATE DE FACTURE	DATE D'EDITION	DATE DE NAISSANCE
ABOUSAID IMANE		Jan. 4, 2024, midnight	Jan. 4, 2024, midnight	

**FACTURE N°:SAJ/2024/00085**

NATURE DE L'EXAMEN	COTATION	REMISE	PRIX UNITAIRE
PANORAMIQUE DENTAIRE	Z12	0%	200.0

**Total: 200,00**

**Total: deux cents dirham(s)**

Dr. Houda Bechari



Dr BECHARI HOUDA  
MÉDECIN RADIOLOGUE  
INPE: 151137270



CABINET DE RADIOLOGIE

IBNOU SINA



عيادة الفحص بالأشعة  
إبن سينا

SPECIALITE EN RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
**SCANNER - ECHOGRAPHIE DOPPLER - MAMMOGRAPHIE**  
**RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE ET DENTAIRE**

Date: 04/01/2024

Nom et Prénom: M. ABOUSAID IMANE

Médecin traitant : Dr. AZMI YASSINE

**RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE**

**Résultat:**

- Parodontolyse latérale
- Multiples dents manquantes avec matériel prothétique maxillaire gauche
- Pas de racine résiduelle
- Pas de lésion pér iradiculaire
- Respect de cuvettes maxillaires et des ATM

Dr BECHARI HOUDA  
MÉDECIN RADIOLOGUE  
INPE: 150137270

Lotissement Chaouia N°5 - Bd Abderrahmane Skirej -Settat

Tél. : 05 23 40 32 59 - GSM : 06 53 57 12 06

Patente : 40064846 - RC : 4643 - IF : 20680154 - ICE : 001718971000052