

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

196209

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031483

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5697

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Rouissi Khadija

Date de naissance : 15/10/1956

Adresse : Hay AL Oads Des AL Fajr Imm F N°

12 Bernoussi Casa

Tél. 06 42 96 31 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZAKI Amine
Chirurgien Dentiste
Hay AL Oads 1ème Etage
Lot 19 Aggr 19 Bld. d'Al Fajr Imm F N°
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél. 05 22 78 18

Date de consultation : 08/12/2023

Nom et prénom du malade : KHADIJA Rouissi

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prothèse

Affection longue durée ou chronique

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #4a7ebb; color: white;">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 25533412 00000000 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #4a7ebb; color: white;">G</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #4a7ebb; color: white;">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="0540"/> </div>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="9000"/> </div>										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
	Bridge céramo Métallique sur (23, 24, 25)			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="08/12/2023"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text" value="24/01/2024"/> </div>										

Docteur ZAKI Amine
 Chirurgien Dentiste
 Loc. 19 Appartement 19/01/02
 5010 Derbent - Casablanca
 Tél: 05 22 79 54 76

Docteur ZAKI Amine
 Chirurgien Dentiste
 Loc. 19 Appartement 19/01/02
 5010 Derbent - Casablanca
 Tél: 05 22 79 54 76

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

Bridge céramo Metálico
sur (23, 24, 25)

Q540

9000

08/12/2023

24/01/2024

Docteur ZAKI Amine
Chirurgien Dentiste
VISA ET CAQUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Lot. 19 Appl. 19 a 20, Résidence Saâd
Sidi Berradj - Casablanca
Tél: 22 23 50 19

Docteur ZAKI Amine
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 186209 
N° Dossier externe: ACC-05697-11/12/2023
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: ROUISSI KHADIJA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 11-12-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 11-12-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
12-12-2023	Manuel	ACC D 540 BCM 23 24 25 S/R RX APRES DR ZAKI

Docteur ZAKI Amine

Chirurgie Buccale - Soins Dentaire - orthodontie
Parodontologie - Dentisterie esthétique - Prothèses
Implantologie



الدكتور زكي أمين

جراحة - علاج الأسنان - تقويم الأسنان
تبييض - علاج اللثة
تعويض الأسنان وزراعة الأسنان

Identifiant Fiscale : 47336680
ICE : 002698500000013
Numero d'ordre : 5757
INPE : 094193380
Patente : 31604511

Facture N° :

Date : 24/01/2021

Nom et prénom du patient : Rouissi KHADIJA

Assurance : MUPRAS

Type de Travaux réalisés : Prothèse

Montant de la facture : 9000

Paiement : ☒ espèce ☐ chèque ☐ virement

Arrêté la présente facture à la somme : Neuf Mille
Pièce

حي القدس 2 عمارة 1 طابق الثاني تجزئة 19 شقة 19 شارع الليث ابن سعد سيدي البرنوصي

05 22 75 55 78 : الهاتف - الدار البيضاء

Hay Al Qods 2, Imm 1, 2ème Etage, Lot.19, Appt 19, Bd Allait Ibnou Saâd

Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 75 55 78 - E-mail : cabinet.dr.zaki@gmail.com

Chart No:

Nom: rouissi khadija 2023-12-08

Sexe: Mâle Age:



Rx Avant 23.24.25"

Docteur ZAKI
Chirurgien Dentiste
Hav. K. ZAKI
Lot. 14/2000
Sidi Bouchaïb
Tel: 05 44 7 55 74

Nom de la clinique:

Adresse:

Coordonnées:

Chart No:

Nom:rouissi khadija 2024-01-24

Sexe:Mâle Age:



Rx Après (23, 24.25)

Docteur ZAKARIA
Hayat Chérif
Lui, 12, rue de la
Sidi Boudoual
Tél: 05 22 55 78

Nom de la clinique:

Adresse:

Coordonnées: