

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-820354

196371

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9907 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAROUSSI Abderrazak

Date de naissance : 23/09/69

Adresse : N°6 Rue 21 Hay Ousra Ain chok Casa

Tél. : 0661095467 Total des frais engagés : 371,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur S. ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4  
7ème Etage - Casablanca  
Tél : 05 22 77 55 55

Date de consultation : 14/10/24

Nom et prénom du malade : ASRI Boudia

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

Nature de la maladie : Abcès gingival

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 : Casa Le : 19/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*


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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/2/24	171,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX


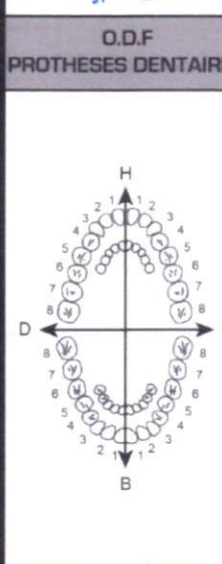
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : INPE : 094015781												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="C5"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2000"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="14/02/24"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="16/02/24"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur S. ETAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05.22.27.55.55

Docteur S.ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Diplômée de l'université  
de Paris  
Spécialiste en Prothèse  
fixe, amovible et pathologie  
de la muqueuse buccale

الدكتورة س. التاقي  
طبيبة جراحة للأسنان  
خريجة جامعة باريس  
اختصاصية في التعويض الثابت  
المتحرك وأمراض الفم

Casablanca, le : 14/02/2024

M<sup>me</sup> ASRI BENDRA

Noté d'urgence

Cosultin

CS = 2 جف

Docteur S. ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05.22.27.55.55

Docteur S.ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Diplômée de l'université  
de Paris  
Spécialiste en Prothèse  
fixe, amovible et pathologie  
de la muqueuse buccale

الدكتور س. التافي  
طبيبة جراحة للأسنان  
خريجة جامعة باريس  
اختصاصية في التعويض الثابت  
المتحرك و أمراض الفم

Casablanca, le : 14.10.2024

Docteur S. ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05.22.27.55.55

M<sup>me</sup> ASK: Boudra

126.3

① Augment 1g

Aschir 2416 p179

45.5

② Catallor 10

Aschir 2416 p130

121.80



PPU: 126,30 DH  
LOT: 649741  
PER: 03/24

LOT: M23074  
EXP: AUR 2026  
PPU: 45,50 DH

Docteur S. ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05.22.27.55.55