

## 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.

### 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° W19-583977

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12575

Société :

Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

ROUZAQUI OTHMANE

Date de naissance :

13/10/1985

Adresse :

Residence L'les Park, villa 159, Sahel, Berrechid

Tél. :

0661718664

Total des frais engagés :

5000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/11/2021

Nom et prénom du malade

ROUZAQUI Aya

Age :

Lien de parenté

Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie

maladie d'interception

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 : Casablanca

Le : 06/11/21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



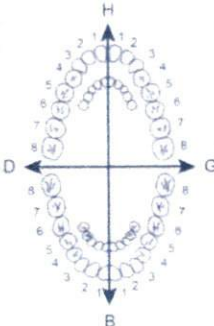
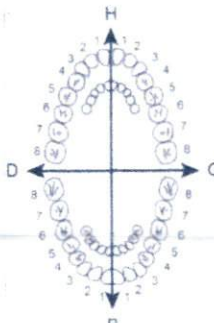
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	INP : <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D50"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="5000,000"/>																								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text" value="17/11/2022"/>																								
	<i>Demande d'accueil préalable pour le 1er semestre d'interception</i>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="06/04/2022"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tel: 05 22 23 57 88 / 05 22 23 57 89

Caseablanca (Face Parking du Marché)  
Tél : 05 22 23 57 88 / 05 22 23 57 93

**Dr. Hind ABAKHTI M'CHACHTI**

**ORTHODONTISTE**

SPECIALISTE EN ORTHOPEDIE DENTO - FACIALE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS VI

**ORTHODONTIE EXCLUSIVE**

Adultes ET ENFANTS

44, rue Abou Abdellah Nafii  
(Face Parking du Marché) Maârif - Casablanca  
Tél. : 022.23.57.88 - Tél./Fax : 022.23.57.93  
e-mail : dr.abakhti@iam.net.ma



*Casablanca, le 06/04/2022*

## **F A C T U R E**

Patente : 35712419 - ICE : 001841066000032  
IF: 40703639 - CNSS: 2570382

Mlle ROUZAQUI AYA

Nous soussignés, **CABINET D'ORTHODONTIE DU MAARIF**,

attestons avoir reçu la somme de **5 000,00 dirhams**,  
(Cinq mille dirhams)

de **Mlle ROUZAQUI AYA**

pour le **1<sup>er</sup> Semestre d'interception**

dans le cadre de son traitement d'orthodontie.

**CABINET D'ORTHODONTIE**  
**MAARIF**  
**Dr M'CHACHTI Hind**  
44, Rue Abou Abdellah Nafii - Maârif  
Casablanca  
Tél : 022 23 57 88 - 022 23 57 93

N° Dossier: 95065  
N° Dossier externe: ACC-12575-07/12/2021  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: ROUZAQUI AYA  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 07-12-2021  
Date de fin:   
Date de saisie: 07-12-2021  
Évènement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
10-03-2022	ACC D90 1ER SEM ODF