

## 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

- 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.

## 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 : ROUZAGUI OTHMANE

Date de naissance : 13/10/1985

Adresse : Résidence Liles Park, villa 159, Sehel, Berrechid

Tél. : 0661718664

Total des frais engagés : 5.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 07 DEC 2021

Nom et prénom du malade : ROUZAGUI Aya

Age :

Lien de parenté : Mère

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/12/2021

## RELEVE 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

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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~~ canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession	
	D	G
	<b>Demande d'accord préliminaire pour le 1<sup>er</sup> Semestre d'interception</b>	
	DATE DU DEVIS	NP/11/2023
	DATE DE L'EXECUTION	06/04/2024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. AD 11.11.1988  
44, Bts  
Canthar 11.11.1988 02.22.23  
Tel: 05 22 23 57 88 102 22 23

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. A. H. HTI Hind  
24, Rue des Jardins, Casablanca (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*

## FACTURE

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>o</sup> Semestre d'interception**

dans le cadre de son traitement d'orthodontie.

**CABINET D'ORTHODONTIE**  
**DU MAARIF**  
**Dr M'CHACHTI Hind**  
**Dr ABAKHTI Hind**  
**ORTHODONTISTE**  
44, Rue Abou Abdellah Nafii - Maârif  
Casablanca - Tél. : 022.23.57.88 / 05.22.23.57.93

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

Événement: 

Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

Commentaires ajoutés

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