

# 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.

## Diagnostique 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

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**



R10

Mo: 30746

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016903

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08195 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Agent RAS  
Nom & Prénom : FATHI M-hamed Date de naissance : 19-04-1984  
Adresse : 11111 11111 11111 11111 11111 11111  
Tél. : 0673262816 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 15-06-2021  
Nom et prénom du malade : Mohammed Fathi Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Extraction - Nettoyage  
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 : / /

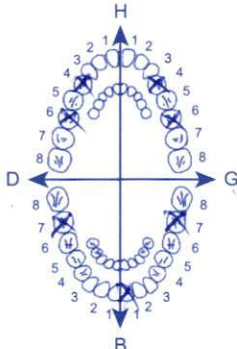
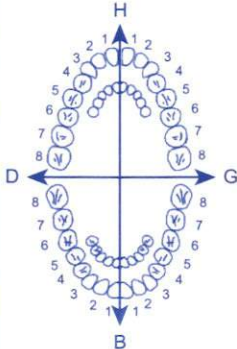
Signature de l'adhérent(e) :

# 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		
	1 4	Ext. Simple	D5	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	1 6	=	D10		
	2 4	=	D10		
	2 6	=	D10		
	3 7	=	D10	MONTANTS DES SOINS	
	3 1	=	D15		
	CB	Det + Pionis	D40	DEBUT D'EXECUTION	
	4 7	Ext. Simple	D15		
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412   21433552            00000000   00000000  <b>D</b> ———   <b>G</b>            00000000   00000000            35533411   11433553  <b>B</b> </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr. Hicham IDRISSE**

Chirurgien-Dentiste

Diplômé de la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat

49 Bd. Mohamed V, 2<sup>ème</sup> Etage (au dessus de B. CH) - Benachidj

Tel: 06 22 31 80 39 / 39m: 06 50 75 23 55



**Dr. Hicham IDRISSE**

Chirurgien Dentiste

Diplômé de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Rabat

Orthodontie - Implantologie - Soins  
Chirurgie - Prothèse - Parodontologie  
Esthétique du Sourire - Radiologie  
Blanchiment



**الدكتور هشام الإدريسي**

طبيب جراحى للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالرباط

تقويم الأسنان - زراعة الأسنان - علاج - جراحة  
تعويض - علاج أمراض اللثة - طب الأسنان  
التجميلي - أشعة - تبييض الأسنان

Nom Prénom: .....

Berrechid Le : 15.06.2022

**FACTURE**

**PATIENTE : FATHI MOHAMED**

Je soussigné, Dr Hicham IDRISSE, affirme avoir  
reçu la somme de 1150.00 DHS ( MILLE CENT  
CINQUANTE DIRHAMS) pour traitements  
dentaires.

INPE : 064189061

ICE : 002407285000095

IF : 39495999

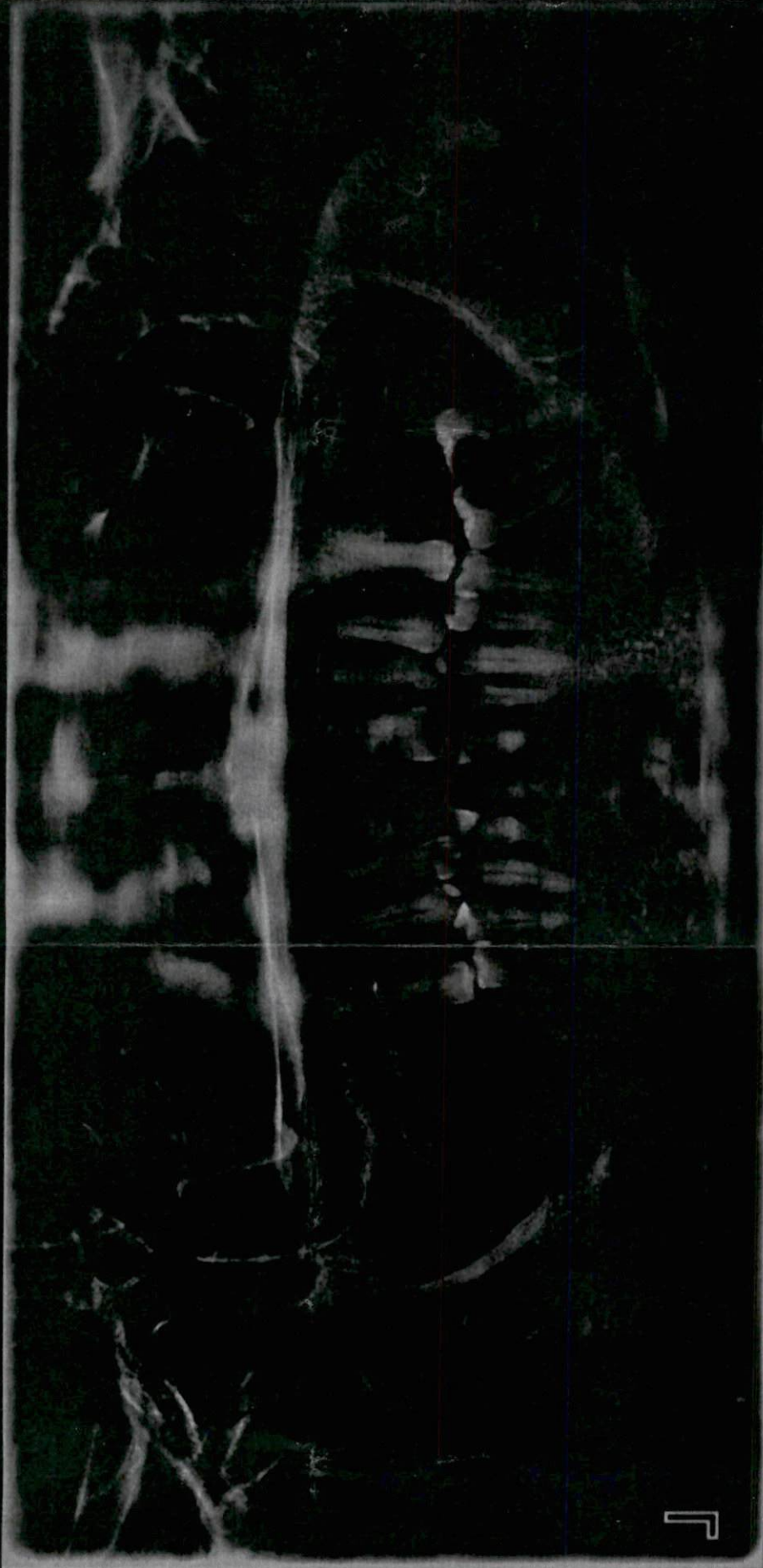
**Dr. Hicham IDRISSE**  
Chirurgien Dentiste  
Diplômé de la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat  
49 Bd. Mohamed V, 2ème Etage (au dessus de Banque CIH) - Berrechid  
Tél.: 05 22 51 66 99 / Gsm: 06 50 75 23 56

رقم 49 شارع محمد الخامس الطابق الثاني (فوق البنك العقاري والسياحي) - برشيد

49 Bd. Mohamed V, 2ème Etage (au dessus de Banque CIH) - Berrechid

Tél.: 05 22 51 66 99 / Gsm: 06 50 75 23 56 / E-mail: hichamidrissi60@gmail.com

Facebook: cabinet dentaire dr idrissi hicham



27/11/00

