

## 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

- 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-689920 17225501

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1105 Société : 105036

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : du docteur I Azmeddine

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : 06.61.15.67.66 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Date de consultation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-689920

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_



[illegible][illegible]

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

[illegible]

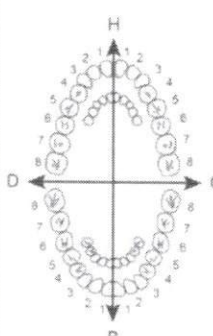
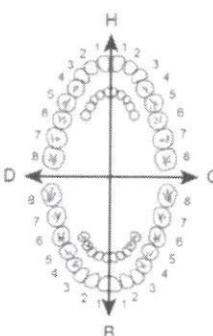
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





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

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.48 / 2548 / 2549  
FAX : 91.26.02  
TELEX : 3009 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAir.ma

FEUILLE DE SOINS 722550

## A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : *Abderrahim AZZEDDINE*  
Matricule : *7705* Fonction : *Chargé de l'entretien 0661*  
Adresse : *38, Bd. des Lahrizi, étage 3*  
Tél : *0661 156764* Signature Adhérent : *Abderrahim*

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *ABDERRAHIM AZZEDDINE* Age      
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : *Sous dentaire*  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A

le

Durée d'utilisation 3 mois

**MUPRAS**  
08 AVR 2010  
AGENCE

## VOLET ADHÉRENT

## DECLARATION

Matricule N° *7705*  
Nom du patient *Abderrahim AZZEDDINE*  
Date de dépôt  
Montant engagé

Azzeddine Oudrhiri

Casablanca le, 29 Décembre 2021

Mle 7705

A Monsieur le Président de la MUPRAS

Objet : Demande de dérogation de remboursement

Monsieur le Président,

Je viens par la présente de vous demander de bien vouloir m'accorder à titre exceptionnel une dérogation sur mes remboursements de soins dentaires sous formulaire de la MUPRAS Nr 722550.

En effet mon dossier était en instance de traitement du fait que j'ai entamé les soins dentaires avec l'accord préalable du médecin conseil de la Mutuelle sans autant reconfirmer cet accord pour la pause du Bridge CM de 14 a 24 D1440.

Veuillez Monsieur Le Président, accepter mes meilleurs remerciements anticipés.

Azzeddine Oudrhiri



Accusé réception

K. Sami  
Fev 2022



[https://mail.ovh.net/roundcube/?\\_task=mail&\\_frame=1&\\_mbox=INBOX&\\_uid=625&\\_part=4&\\_action=get&\\_extwin=1](https://mail.ovh.net/roundcube/?_task=mail&_frame=1&_mbox=INBOX&_uid=625&_part=4&_action=get&_extwin=1)



Devis			
Casablanca le 17/02/2017		Mr OUDRIHRI AZEDDINE	
Acte	Dent	Montant	
Implant	4 dents	44 000	
Membrane Fos		5 000	
Membrane Fos		5 000	
BCM	8 dents	24 000	
Lx PAP 3000 x 12 000 dhs			
Total		78 000 dirhams	
Avance		25 000 dhs	
		5 000 dhs	
		5 000 dhs	
		5 000 dhs	
		5 000 dhs	
		5 000 dhs	
en. 06.02.2019			
12/18 5000			
AV: 10.000 dhs		Rest	5.000 dhs

23/02/2019





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

☐ ADHERENT ☐ CONJOINT ☐ ENFANT

Photo

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : 7705 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Médecin : \_\_\_\_\_

Ex. clinique : Poids \_\_\_\_\_

Coeur \_\_\_\_\_

T.A. \_\_\_\_\_

Ap. resp \_\_\_\_\_

Ap. dig \_\_\_\_\_

Urines [ A \_\_\_\_\_  
S \_\_\_\_\_

Hernies \_\_\_\_\_

Râte \_\_\_\_\_

Varices \_\_\_\_\_

Réflexes \_\_\_\_\_

Ex. complémentaires : \_\_\_\_\_

12 8 Mars 2016

*Nerv. r. l. p. B.C.  
Radial + infilt + phoie*

Antécédents : \_\_\_\_\_

05 Avri 2016

*N.C.B 15 Ans Kine*

12 9 Juin 2018

*P.B.C. / m.B.B. (deu a l'ur  
P.C. à l'ur. l'ur. le résist. h.)  
Di. l'ur. - l'ur. 28/56/118  
OK*

ACCORD MUPRAS : \_\_\_\_\_



A diagram of a human dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline (1) and moving outwards (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). The diagram is divided into four quadrants by a vertical line (midline) and a horizontal line (labeled 'D' on the left and 'G' on the right). The label 'Bas' is at the bottom center. The teeth are represented by simple line drawings showing the crown and root areas.

OBSERVATIONS : \_\_\_\_\_

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears slightly aged or off-white. There is no handwriting or other markings on the page.

Dates	Actes	Observations
05 Octo 2017	BPA Du Cons.	(Farik Toufik)
9-4-19	Civ Pré opératoire	
21-5-19	prête au rapport de Civ Bassiri car le BCI (14-24) avec 4 implants (14 12 22, 24) demande est déjà en Boudier.	→ rejet



**Docteur Tarik Toufik**  
Chirurgien dentiste  
Spécialiste en Chirurgie buccale  
et en Esthétique du sourire  
Implantologiste diplômé  
de l'université Louis Pasteur  
(STRASBOURG)

**الدكتور طارق توفيق**  
طبيب جراح للأسنان  
أخصائي في أمراض و جراحة الفم  
و زرع الأسنان  
خريج جامعة لويس باستور  
(ستراسبورغ)

## ORDONNANCE

INP: 094010238  
ICE: 001774587000077  
IF: 41503251 - CNSS: 2343408

05/04/2019

### Note d'honoraire

Je soussigné et certifie Dr TARIK TOUFIK avoir reçu de  
Mr OUDRHIRI AZZEDDINE La somme de 24 000 dhs.

Pour Bridge CM du 14 à 24 D 1140 le 05 Avril 2019.

Cabinet Dr Tarik TOUFIK  
Le Secrétaire  
26, Avenue Idriss Lahrizi 2ème Etage  
Tel 05 22 29 30 60 Casa 20060