

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7705 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Personné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	105036
Nom & Prénom : du chirir I Azeddine			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661 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 :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT	
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 :	_____

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP

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			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	00000000	00000000	G	
B	35533411	11433553		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

DATE DE DEPOT *R.A.*

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.48 / 2548 / 2549
FAX : 91.26.02
TELEX : 3995 MUT
E-mail : mupras@royalairmaroc.com

FEUILLE DE SOINS 722550

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Oudahiri Azzeddine*
 Matricule : *7705* Fonction : *Charge de la flotte*
 Adresse : *38, Bd Prince Lalla Meryem, étage 3 - C*
 Tél. : *0661 156764* Signature Adhérent : *Oudahiri*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Houdahiri Azzeddine* Age : *41*
 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
 Durée d'utilisation : *3 mois*

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° :
 Nom du patient : *Oudahiri Azzeddine*
 Date de dépôt :
 Montant engagé :

10.000 Dhs

MUPRAS
08 AVR 2000
Docteur
L'ASSOCIATION
MUPRAS

Azzeddine Oudrhiri

Casablanca le, 29 Décembre 2021

Mle 7705

A Monsieur le Président de la MUPRAS

Objet : Demande de dérogation de remboursement

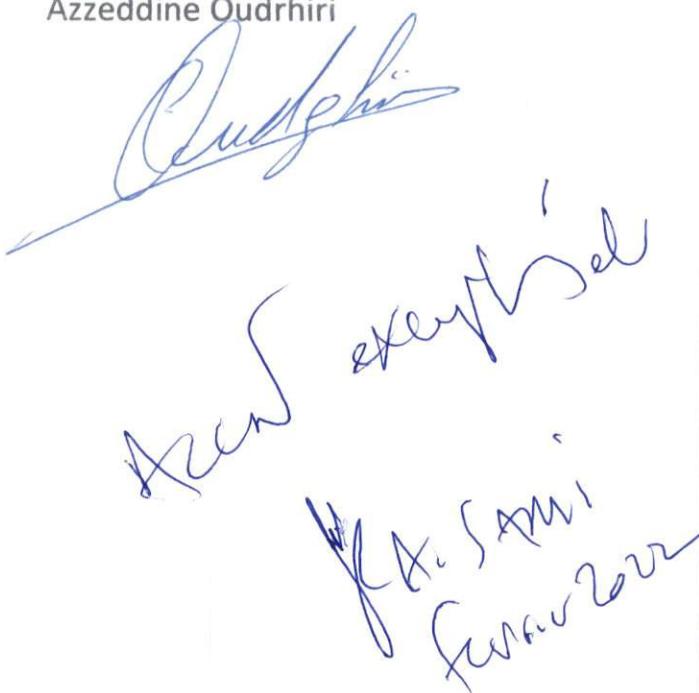
Monsieur le Président,

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



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Oudrhiri". Below the signature, there are several other handwritten signatures and initials, including "steuphel", "Kem", "JFK SAMI", and "Futura 2022".

ECONOMIC GROWTH

卷之三

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASSE-ÉNERGIE

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS
271433552	60000000
000000003	00000000
000000000	0
235533412	00000000
000000003	114226653
235533411	

(Création, remont, adjonction)

Bridge of
the Araby

卷之三

100

2

Devis

Clasublanc le 17/02/2017

MR OUDIRI AZIZ DENT

Acte	Dent	Montant
Implant	4dents	44 000
Membrane Pos		5 000
Membrane pos		5 000
BCM	8dents	24 000

ΣAR PAR 30000
M. 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. 06.02.2017
2/8 5000
AV: 40.000 dhs RST 5.000 dhs

Le 23/02/2019



Photo

Nom : _____ Prénom : _____

Matricule : 7705 Date de naissance : _____ Sexe : _____

Date : _____ Médecin : _____

Ex. clinique : Poids	Urides [A _____
Coeur	S _____
T.A.	Hernies _____
Ap. resp	Râte _____
Ap. dig	Varices _____
	Réflexes _____

Ex. complémentaires : _____

12 Mars 2016

Nevralgic
radial + milt + phacie

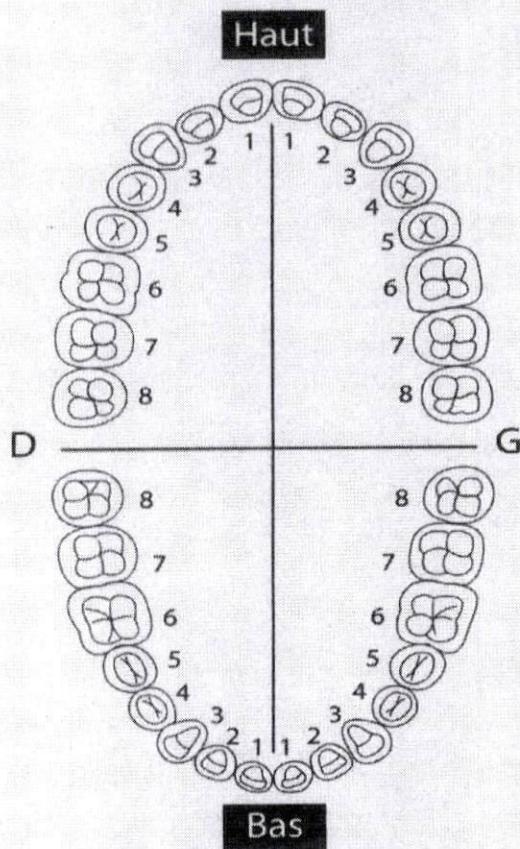
Antécédents :

05 Avril 2016 NCB 15 Neas kiné

12 Juin 2018

PC cpr BB (deca, sur
PC avale lab le réalisant)
Dilat - lab 28/06/18
OK

ACCORD MUPRAS : _____



VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS:

Dates	Actes	Observations
05 Octo 2017	BOR Du Cons.	(Faruk Toufik)
9-4-19	CIV Pré opératoire	
21-5-19	Prise au rapport de CIV Bassini car le BCN (14 → 24) avec 4 implants (14, 12, 22, 24) demandé est déjà en boudre.	→ refus

Docteur Tarik Toufik
Chirurgien dentiste
Spécialiste en Chirurgie buccale
et en Esthétique du sourire
Implantologue 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
(سنترالبيورغ)

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 Secretariat
26, Avenue Idriss Lahrizi 2^{ème} Etage
Tél 05 22 29 30 60 Casa 20060