

# 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.

**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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 066167

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11353

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAOUDI NOURA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662775031

Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/09/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleur 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 : CPA

Le : 21/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




# RELEVÉ 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28.09.22	Radiographie	20900

# AUXILIAIRES MEDICAUX

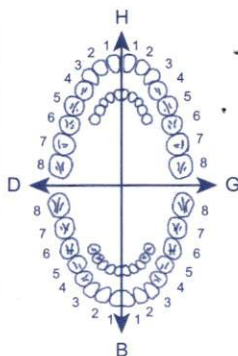
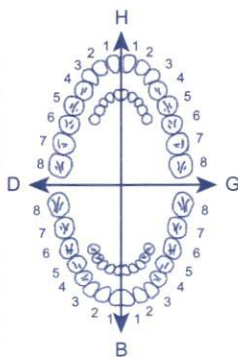
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
	37	Cornu		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		Spécialité																
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني  
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 28/09/22

NOM : DAOUDI  
PRENOM : Noura  
MEDECIN TRAITANT : DR. RAHMANI TARIK

## Panoramique dentaire

- Pour bilan dentaire .
- Absence de granulome apical ou de kyste radiculaire.
- Absence de lésion osseuse focale.

CONFRATERNELLEMENT

DR.J. BENNANI

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
**Dr. BELCADI - Dr. BENNANI**  
Angle Bd. Brahim Roudani (Ex Route d'El Jadida) et Rue Nassih Eddine (Prolongement Socrate) - Résidence Anfa 1  
Tél : 0522 25 73 13 / 05 22 25 75 05 - Fax : 05 22 98 79 06 - E-mail : rxsocrate@gmail.com

## ***RADIOLOGIE SOCRATE***

FACTURE N°02046/22

CASA LE 28.09.22

**Nom & prénom : DAOUDI NOURA**

Examens	Prix
Rx ; Panoramique	200.00
TOTAL :	<b>200.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Deux cent dirhams.

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine-Rés. Anfa 1. Casablanca.  
Tél : 0522.25.73.13 - 0522.25.75.04

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa. ☎0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087





FAMILY DENTAL CENTER

**BEAULIEU**

**DOCTEUR TARIK RAHMANI**

**CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE**

**EN DENTISTERIE et ORTHODONTIE PEDIATRIQUE**

**LAUREAT DE LA FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

**DE RENNES 1 (France)**

**D.U. DENTISTERIE PEDIATRIQUE**

**C.E.S PEDODONTIE**

**C.E.S HISTO-EMBRYOLOGIE**

**CERTIFICAT EPIDEMIOLOGIE**

**CERTIFICAT ORTHODONTIE**

CASABLANCA LE .....23/09/2022.....

Nom du patient : .....DAOUD; NOURA.....

☒ RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE

☐ TELERADIOGRAPHIE DE PROFIL

*Merci de nous fournir le CD rom avec copie de la Radiographie  
ou bien de nous envoyer le fichier photo par e-mail à l'adresse suivante :  
docx2211@gmail.com*

**RADIOLOGIE SUCRAI**  
**Dr. BELCADI - Dr. BENNANI**  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassir Edine Res Anfa 1 - Casablanca  
Tel : 0522 27 99 80 / 88

**Dr. Tarik RAHMANI**  
**Médecin Dentiste**  
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique  
et Orthodontie  
13, Rue Aït Ourir Bourgogne  
Casablanca - Tel : 0522 27 99 80 / 88

SIGNATURE MEDECIN



Code INPE

094010758

Code ICE 001664788000039 / N° IF 40103962

VisionPACS 2009

Exam :  
Série: 1001  
Image: 1001+C

PANORAMIQUE

VisionPACS 2009

Exam :  
Série: 1001  
Image: 1001+C

DT

PANORAMIQUE

RADIOLOGIE SOCRATE  
DAOUDI NOURA

RADIOLOGIE SOCRATE  
DAOUDI NOURA

28/09/2022  
14h11m57

WW 1023  
WC 511

RADIOLOGIE SOCRATE  
DAOUDI NOURA

28/09/2022  
14h11m57

WW 920  
WC 487

Exam: 28.09.2022