

## 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 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° W21-681020

155211

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8094

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LOUANJLI ADIB

Date de naissance :

28/04/1961

Adresse :

me 10 - N24 - lot jardins Majbar Californie Casablanca

Tél. :

06 61 42 36 93

Total des frais engagés :

1200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LOUANJLI Malika  
Chirurgien Dentiste  
23 Prince Abdellah 4a Etage  
22 73 07 47 36 85 22 73 00 47 36 65

Date de consultation :

02/10/2023

Nom et prénom du malade :

M. LOUANJLI ADIB

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Soins dentaires

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/03/2023

*[Signature]*



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures 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 - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

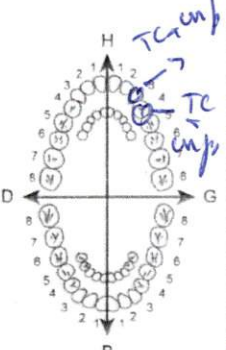
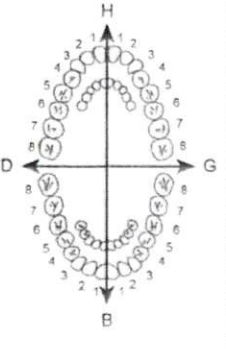
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
	23	OC.	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	23	comp.	D10															
	24	OC.	D15	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	24	comp.	D15															
<p>Dr. LOUANJLI Malika Chirurgien-Dentiste 23, Prince Njirou, 1er étage Tél: 22 73 00 - 47 36.65</p>				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				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

**Dr Malika LOUANJLI**

Spécialiste en orthopédie Dento-faciale  
de l'Enfant et de l'adulte  
Diplômée de la faculté de Médecine  
Dentaire de Lille  
ORTHODONTIE EXCLUSIVE



**الدكتورة الونجلي مليكة**

أخصائية في تقويم وتعديل إعوجاج  
الأسنان والفكين للصغار والكبار  
خريجة جامعة ليل لطب الأسنان

Casablanca, le 21/03/2023 : الدار البيضاء في:

Fact-

M. LOUANJLI Malika  
Avec moi la somme de 120000  
Correspondant aux soins dentaires  
de M. ADIB LOUANJLI  
Correspondant à Dto.

Dr. LOUANJLI Malika  
Chirurgien Dentiste  
~~Prince Moulay Abdellah 4e Etage~~  
73 00 — 47 36.65

23, زنقة الأمير مولاي عبد الله ممر الراجلين الطابق الرابع الدار البيضاء

23, Rue du Prince Moulay Abdellah ( zone piétonne ) 4 éme Etage - Casablanca

Tél : 05 22 47 36 65 / 05 22 22 73 00

I.F 41502525 - Patente : 33202999 - CNSS : 2569971 - ICE : 00192155200001

**Dr Malika LOUANJLI**

Spécialiste en orthopédie Dento-faciale  
del'Enfant et de l'adulte  
Diplômée de la faculté de Médecine  
Dentaire de Lille  
ORTHODONTIE EXCLUSIVE



**الدكتورة الونجلي مليكة**

أخصائية في تقويم وتعديل إعوجاج  
الأسنان والفكين للصغار والكبار  
خريجة جامعة ليل لطب الأسنان

Casablanca, le

21/03/2023

الدار البيضاء في:

Dr. LOUANJLI Malika  
Chirurgien Dentiste  
23, Rue du Prince Y. Abdellah 4<sup>e</sup> Etage  
Tél. 22 73 00 - 47 36.65

Dr. LOUANJLI Malika  
Chirurgien Dentiste  
23, Rue du Prince Y. Abdellah 4<sup>e</sup> Etage  
Tél. 22 73 00 - 47 36.65

23, زنقة الأمير مولاي عبد الله ممر الراجلين الطابق الرابع الدار البيضاء

23, Rue du Prince Moulay Abdellah ( zone piétonne ) 4<sup>e</sup> éme Etage - Casablanca

Tél : 05 22 47 36 65 / 05 22 22 73 00

I.F 41502525 - Patente : 33202999 - CNSS : 2569971 - ICE : 00192155200001

