

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0023212

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11635

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMI HAMID

Date de naissance : 12/06/1982

Adresse : Cité d'Amor Jamil R. 225

Tél. : 0661579220

Total des frais engagés : 323,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2023

Nom et prénom du malade : Sami Hamid

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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 : CASA

Le : 26/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
13/1/23	Consultation	23	2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

13/08/23

113,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

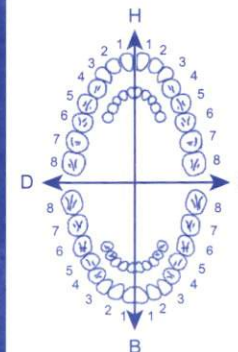
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 Mohamed BENCHAKROUNE

Chirurgien Dentiste

Enseignant Universitaire à la F.M.D.C

Spécialiste en

Esthétique et Chirurgie Buccale

Prothèse sur Implants - Pathologie Articulaires

الدكتور محمد بنشكرون

طبيب جراحي للأسنان

أستاذ جامعي بكلية طب الأسنان بالبيضاء

أخصائي في التعويض فوق المزدراعات

الجراحة والتجميل وأمراض اللثة

أمراض وآلام الفك

Casablanca, le

13.05.2023

الدار البيضاء، في

Dr Sami Hamid

1091/00

Zamax 1g.

(S.V)

Mibo 1 Sachet 2x 1/2 M5.

Doliprane 1000

(S.V)

1g 5x 1/2 M5

Etudril 1/2 (Dolip)

(S.V)

Sauflr 1/2 10g

T = 123,60

DR. BENCHAKROUNE  
Chirurgien Dentiste  
Enseignant Universitaire  
Prothèse sur Implants  
Esthétique - Casablanca  
05 22 23 19 66 - Tel. 05 22 23 08 33

**Doliprane 1000 mg**  
paracétamol

g comprimés effervescents sécables

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION : Voie orale.  
**POSOLOGIE** : Lire attentivement la notice.  
**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**

طريقة الاستعمال : عن طريق الفم

الجرعة : إقرأ النشرة بتعمق.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité  
يحفظ الأنبوب مغلقا بإحكام بعيدا عن الحرارة و الرطوبة



AMM N° 41/19/ DMP/21/NRQDNM

b

bottu/a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# دوليبران

بارا صي طامول 1000 ملغ

8 أقراص فوارة  
قابلة للكسر

## الأوجاع و الحمى

لللكبار

060  
H60  
140  
01/26  
M074  
P P V  
P P E R  
L O T

