

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.

Prothésaire :

- 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

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.

AS : 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° P19- 0011447

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1052 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitée
Nom & Prénom : LAAMRI Rabia Date de naissance : 21.11.46
Adresse : 2 Rue Jabal M'goun - C.I. L
Tél. : 0662186126 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAAMRI Rabia Age: / /

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

Nature de la maladie : Dentaire

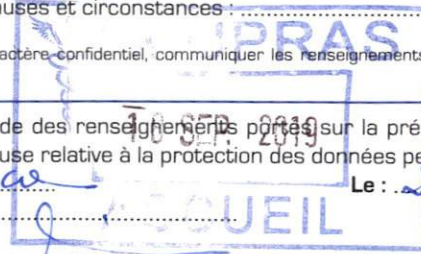
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 22 / 07 / 19

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
es				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/19	136,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

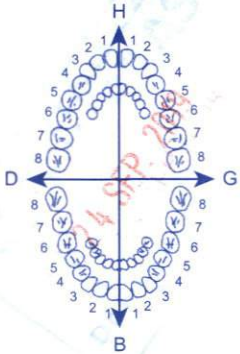
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	
	Durancion		2	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	Durancion		2	
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table><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	
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
		35533411	11433553																
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Le 22/07/2019
 Nom Dr Lahmi Reda

GENCIVES ENFLAMMÉES ET SAIGNANTES



- ☒ **KIN Gingival Bain de Bouche** - 250 ml - 500 ml
 15 ml sans dilution 2 à 3 fois /jour pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation
- ☐ **KIN Gingival Pâte Dentifrice** - 75 ml
 Se brosser les dents deux à trois fois par jour pendant 2 à 3 semaine

PROBLÈMES PARDONTAUX LOCALISÉS



- ☐ **PERIOKIN Gel** - 30 ml
 Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone affectée. Ne pas rincer après son application
- ☐ **PERIOKIN Spray** - 40 ml
 2 Pulvérisations 3 à 4 fois/ jour

TRAITEMENT DES DENTS SENSIBLES



- ☐ **SENSIKIN Bain de Bouche** - 250 ml
 15 ml sans dilution 2 fois/ jour pendant 60 secondes. Ne pas rincer après son utilisation
- ☐ **SENSIKIN Pâte Dentifrice** - 75 ml
 Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes. pâte dentifrice à usage quotidien
- ☐ **SENSIKIN Gel** - 30 ml
 Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone sensible. ne pas rincer après son application

DENTS BLANCHES



- ☒ **KIN BLANCHEUR - Pâte Dentifrice** - 75 ml
 Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes. pâte dentifrice à usage quotidien

HYGIÈNE ET RENFORCEMENT DES GENCIVES



- ☐ **KIN ALOE VERA Bain de Bouche** - 500 ml
 15 ml sans dilution 2 fois /jour Pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation
- ☐ **KIN ALOE VERA Pâte Dentifrice** - 125 ml
 Se Brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

KIN BROSSÉ À DENTS

KIN
 Gingival

Encas Gengivas
 Gums G

LOT: 188-0921
 UTAV
 P.P.C
 SOKAPHARM

شركة زمو التجارية المحدودة
 8 شارع الوشم، حي المربع،
 صندوق بريد: 4667 الرياض 11412، المملكة العربية
 السعودية.
 لاسورتنوبور كين أس أني
 أسيانا
 رقم العبوة إذا كان غلاف الحماية مشقوق

do de uso: ver prospecto adjunt
 do de usar: ver folheto anexo.
 ections for use: see enclosed le
 ections for use: see enclosed leaflet.
 not use if foil seal at mouth of tube
 ck) is broken or missing.

IMPORTADO E COMERCIALIZADO NO BRASIL POR:
 PHARMAKIN COMÉRCIO DE COSMÉTICOS LTDA.
 AV. ANGÉLICA 2223 - C.J. 507
 SÃO PAULO - SP - BRASIL
 FONE (11) 3627-9860
 V.COM.BR
 2.03892-8
 CESSO: 25351.463837/2005-20

LOT: 188-0921
 UTAV

SOKAPHARM PPC

STRIBUIDO EN COLOMBIA POR:

BOGOTÁ - COLOMBIA
 NSOC38104-09PE

FABRICADO POR /
 MANUFACTURED BY /
 FABRIQUE PAR :

kin
 LABORATORIOS KIN S.L.
 DIAGONAL 200
 08018 BARCELONA - SPAIN
 WWW.KIN.ES
 E-MAIL: KIN@KIN.ES
 PHARM. TECH. DIR.: M. EMBID
 MADE IN SPAIN

PHARMACIE BAB ESSALAM
 Mr SEKKAT Omar
 27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
 Casablanca - Tél: 0522.94.15.14
 ICE: 001082118000087

Casablanca, le 31/07/2019

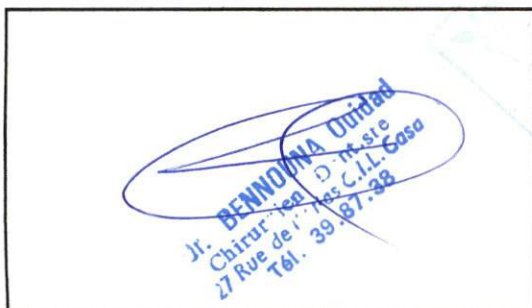
Note d'honoraire

Patient : Mme LAAMRI RABIA (2859)

Dent	Acte	Honoraire
18	DETARTRAGE DU HAUT	250,00
18	DETARTRAGE DU BAS	250,00
TOTAL		500,00

Somme arrêtée à : cinq cents dirhams

Cabinet Docteur Ouidad Bennouna



Bla

D12

Handwritten signature

IF : 51215340

ICE : 001680907000065

27، زنقة الأطلس - سيال - الدار البيضاء - الهاتف : 0522398738/0663797997

27, Rue de l'Atlas Hay Salam - C.I.L. - CASABLANCA - Tél. : 05 22 39 87 38/ 06 63 79 79 97