

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Opticien :**

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 personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0031021

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2247

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RESCOVANY HASSAN

Date de naissance :

18/10/1958

Adresse :

9, résidence RAM, rue IBN KHAIRANE, MRS SULTAN

Tél. : 0663607226

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

Yass

#### **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Ce praticien est apte de prouver la dent traitée. L'acte pratique et unique au cabinet. Ses soins doivent fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements parodontaux, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<i>Rejet car déjà fait le 20/09</i>	<i>Montant des soins</i>
<b>SEP. 2010</b>	<b>O.D.F.</b>				<i>Montant des soins</i>
<b>Prothèses dentaires</b>			<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Début d'exécution</b>
					<i>Fin d'exécution</i>
<b>BPC</b>					<b>Coefficient des travaux</b>
<b>180</b>					<b>D180</b>
					<b>Montant des soins</b>
<b>180</b>					<b>4000 Dib</b>
<b>DR</b>					<b>Date du devis</b>
<b>29.04.19</b>					<b>Fin de</b>
<b>Dr. Amal SEDDIQI</b> Chirurgien Dentiste 22, Rue EL Alloui Bourgogne					<b>24/09/19</b>
<b>VOLET ADHERENT</b>	<b>NOM :</b>			<b>Mle</b>	
<b>DECLARATION N°</b>		<b>W19-404102</b>			
<b>Date de Dépôt</b>	<b>Montant engagé</b>	<b>Nbre de pièces Jointes</b>			
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W19-40410

DATE DE DÉP.

A DATE DE DÉPOT  
Acord 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie 2247		
Nom & Prénom : RESSOUANY HASSAN				
Fonction : Retraite'	Phones. 0663607226			
Mail ressouanyhassan15@gmail.com				
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient Amina			
Adherent <input type="checkbox"/>	Cconjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>		
Age 24/08/67		Date 29.04.19		
Nature de la maladie Deuhire				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficients	Montant détaillé des honoraires		
radiographies	D	Montant détaillé des honoraires Ref note que 3 dent prothetique D 100 Dhs		
PHARMASIE	Date			
Montant de la facture				
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				
Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

# CONDITIONS GÉNÉRALES

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

SF	= Actes pratiqués par la sage-femme et relevant de sa compétence
SPI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme
AMM	= Actes pratiqués par un infirmier ou une infirmière
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro-Radiologie
B	= Analyses

## POUR L'ADHÉRENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôleur, elle a préalablement accepté de les prendre en charge. Les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes, de adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant. L'attestation doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposée pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations. Un telletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

ITALISATION EN CLINIQUE  
ITALISATION EN HÔPITAL  
ITALISATION EN SANATORIUM OU  
EN MAISON DE REPOS  
LES EFFECTUES EN SÉRIE, il s'agit  
répétées en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs échelonnements

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord. Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

PCLO

367439

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : RESSOUANI HASSAN  
 Matricule : 2247 Fonction : STAGEUR Poste : 9190  
 Adresse : 9 RUE RIBAT 90000 CASABLANCA 6  
 Tél. : 063607226 Signature Adhérent : 28 MAI 2019  
 MUPRAS

ACCORD

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RESSOUANI Hassan Age : 24 0 18 1 6  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Prothrombin -

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A : Cas le 22/05/2006

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet : DR. A. BENBRAHIM  
CHIRURGIEN DENTISTE  
21, Bd. Bl. Azemmour - CASA  
Tél. 25.46.81/28.38.03

## VOLET ADHÉRENT

### DECLARATION

367439

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



MUPRAS



# Docteur Amal SEDDIQI

## Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale

» Spécialiste en Implantologie  
Facettes

- Diplômée de l'Université de Brest
- Ancienne Assistante du CHU de Brest
- Diplômée d'orthodontie et d'Orthopédie dento-faciale des Universités de Rennes et paris
- Diplômée d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique de l'Université Miguel Cervantes (Espagne)

Membre de la société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

# الدكتورة أمال الصديقي

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان

اختصاصية في زراعة الأسنان

خريجة كلية برسيت بفرنسا

أستاذة مساعدة سابقاً بالمركز

الطبي الجامعي ببريس

خريجة كلية رين و باريس

خريجة كلية ميغيل سير فانتيس

عضو المؤسسة الفرنسية المختصة

في تقويم اعوجاج الأسنان

Casablanca, le :

24 / 09 / 2019

Facture N° : 1909317

Nom & Prénom : RESSOUANY Amina

Mutuelle : MUPRAS

RRR  
D180  
AMH

- |                               |        |          |
|-------------------------------|--------|----------|
| • 27 : Couronne céramique     | : D180 | 4000 dhs |
| • 27 : Radio post prothétique | : D2   | 50 dhs   |

Montant total : 4050 dirhams ( Quatre mille cinquante dirhams )

Dr. Amal SEDDIQI  
Chirurgien Dentiste  
22, Rue El Alloussi Bourgogne  
Casablanca Tel: 05 22 486 624

N° INPE: 094011186 \_ N° ICE: 001698983000020 \_ N° IF: 40503503

22,rue de l'Imam El Alloussi - Bourgogne 20050 - Casablanca

Tél.: +212 522 486 624 / GSM.: +212 661 430 353

E-mail : sedamal@me.com

# الدكتورة أمال الصديقي

Docteur Amal SEDDIQI

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale

Spécialiste en Implantologie

Facettes

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان  
اختصاصية في زراعة الأسنان

- Diplômée de l'Université de Brest
- Ancienne Assistante du CHU de Brest
- Diplômée d'orthodontie et d'Orthopédie dento-faciale des Universités de Rennes et Paris
- Diplômée d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique de l'Université Miguel Cervantes (Espagne)

Membre de la société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

خرسanche كلية بريست بفرنسا  
أستاذة مساعدة سابقا بالمركز الطبي الجامعي بريست  
خرسanche كلية رين و باريس  
خرسanche كلية ميغيل سيرفانتيس

عضو المؤسسة الفرنسية المختصة في تقويم اعوجاج الأسنان

il fallait préciser

reprise de

couronne 27

Casablanca, le :

28 / 05 / 2019

Dr. Amal SEDDIQI  
Medecin Dentiste  
Casablanca MAI 2019

MM

MURAS

Madame, Monsieur,

En réponse à votre courrier de rejet  
de Mme RESSOUANY Amina concernant le devis  
d'une couronne sur 27 : le panoramique met  
effectivement en évidence une couronne sur le  
27, mais nous vous adressons ci-joint une  
copie du devis sur le 27 datant de 2006.  
La couronne scellée sur 27 depuis plus d'une  
dizaine d'année était fracturée et donc déposée  
puis été refaite.

En vous remerciant par avance pour votre favorable accès à ce dossier veuillez agréer Madame Monsieur  
notre considération distinguée.

Dr. Amal SEDDIQI  
Chirurgien Dentiste  
22, Rue El Alloussi Bourgogne  
Casablanca - Tél: +212 522 486 624

**Docteur Amal SEDDIQI****'Chirurgien Dentiste**

Spécialiste en Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale

Spécialiste en Implantologie

Facettes

- Diplômée de l'Université de Brest
- Ancienne Assistante du CHU de Brest
- Diplômée d'orthodontie et d'Orthopédie dento-faciale des Universités de Rennes et paris
- Diplômée d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique de l'Université Miguel Cervantes (Espagne)

Membre de la société Francaise  
d'Orthopédie Dento-Faciale

**الدكتورة أمال الصديقي**

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان

اختصاصية في زراعة الأسنان

خريجة كلية بريست بفرنسا

أستاذة مساعدة سابقا بالمركز

الطبي الجامعي بريست

خريجة كليات رين و باريس

خريجة كلية ميغيل سير فانتيس

عضو المؤسسة الفرنسية المختصة

في تقويم إعوجاج الأسنان

Casablanca, le : 29/04/19

Name : Amina, RE:  
Date of Birth : 196



Date of Recording  
kVp : 63.0 mA :

*W*

*Dent prothétique de 27*

*Dr. Amal SEDDIQI*  
Chirurgien Dentiste  
22, Rue El Alloussi Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 486 624