

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

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.ma



Déclaration de Maladie
N° P19-0031021

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2247 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RESOUMY HASSAN

Date de naissance : 18/03/1958

Adresse : 9, Résidence KAD me ISN KHAIRANE MERS 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 ☒ Conjoint ☐ Enfant

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et le montant des soins.

Vous devez fournir une facture.

Vous devez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement paraires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
D.F. Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553				Montant des soins 4000 D180
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession D180 Couronne céramque 27				Date du devis 29.04.19 Fin de 24/09/19
Dr. Amal SEDDIQI Chirurgien Dentiste 22, Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca - Tél: 05 22 485 624		Dr. Amal SEDDIQI Chirurgien Dentiste 22, Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca - Tél: 05 22 485 624		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W19-404102	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & Interventions Sociales de Royal Air Maroc		W19-404102	DATE DE DÉPÔT Accord 2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2247			
Nom & Prénom: RESSOUANY HABIBAN Fonction: Retraitée Phones: 0663607826 Mail: ressouanyhabiban15@gmail.com			
MEDECIN Prénom du patient: Amina Adherent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age: 24/08/67 Date: 29.04.19 Nature de la maladie: Dentaire Date 1ère visite:			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Radiographies 1 Prothèse 3 Prothèse 2		Nbre de Coefficient 100 D180 100 D180	
PHARMACIEN Date:		Dr. Amal SEDDIQI Chirurgien Dentiste 22, Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca - Tél: 05 22 485 624	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires		Date:	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date:			
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou
qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
Visite de jour au domicile du malade par le médecin
Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme
et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMN = Actes pratiqués par le masseur ou
le kinésithérapeute
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'ADHERENT

La Mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle
médical, 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 verser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son
médecin traitant.
Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement
est imposée pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses
observations.
Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous
confiance au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS

LES INTERVENTIONS EN SERIE, il s'agit
d'actes effectués en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelonnements
temporaires.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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 / 2646 / 2649 / 2857
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

367439

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RESSOUANI HASSAN
Matricule : 2247 Fonction : STENOGRAPHEUR Poste : 9190
Adresse : 9 RES. RIAD RUE EL YACINE MERS EL KHAIR 6
Tél : 063607226
Signature Adhérent : [Signature] 28 MAI 2019

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RESSOUANI HASSAN 24 08 6
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Prothèse dentaire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A [Signature] le 22 / 04 / 06
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Dr. A. BENBRAHIM
CHIRURGIEN DENTISTE
21, Bd. Bir Anzane - CASA
Tél. 25.96.78 / 23 38.93

VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° : 367439
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Nature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nature du	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, O.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				46												
				MONTANT DES SOINS												
				600 Dh												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	360
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
	600 Dh 18-19			13000 Dh												
				DATE DU DEVIS												
				17/4/06												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. A. BENBRAHIM
CHIRURGIEN DENTISTE
- CASABLANCA -
23 36.93

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

عضو المؤسسة الفرنسية المختصة
في تقويم إعوجاج الأسنان

Casablanca, le : **24 / 09 / 2019**



BPR

D180

Facture N° : 1909317
Nom & Prénom : RESSOUANY Amina
Mutuelle : MUPRAS

- 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 - Tél: 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

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

عضو المؤسسة الفرنسية المختصة
في تقويم إعوجاج الأسنان

Casablanca, le :

28 / 05 / 2019

MURRAS

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 24 datant de 2006.
La couronne scellée sur 24 depuis plus d'une
dizaine d'années est facturée et donc déposée
pour être refaite.

En espérant une suite favorable à
ce dossier veuillez agréer Madame Monsieur
votre considération distinguée.

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

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

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

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 :

Radio prothétique de 27

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