

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Étage 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-448914

*Dentaire*

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *4920*

Matricule : *3410* Société : *RAM*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *ZOUFI M HAMED*

Date de naissance : *03/02/1960*

Adresse : *24 rue des Tabors Oasis Casa el auia*

Tél. : *0522984027* Total des frais engagés : *2800,00* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

*Jr. Faissel BENNOUNA*  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Angle Bd. Zerktouni et Bd  
Md. Ben Abdellah - Casablanca  
Tél: 0522295282 / 0522481402

Cachet du médecin :

Date de consultation : *12/10/2019*

Nom et prénom du malade : *M. Boufi Achir*

Age : *53*

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

Nature de la maladie : *Suivi 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.

*16 OCT. 2019*

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 el auia* Le : *13/10/19*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |      |                       |
|-------------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|                                           |      |                       |
|                                           |      |                       |
|                                           |      |                       |
|                                           |      |                       |
|                                           |      |                       |

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

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

| SOINS DENTAIRES                                                                          | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins      | Coefficient         | INP 094008745           |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--------------------|--|
|                                                                                          | 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | cl III<br>teap        | 0.5                 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | 0.45       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | cl III +<br>ap cl III | 2.0                 | MONTANTS DES SOINS      | 28000      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          | Dr. Faissol BENNOUN<br>CHIRURGIEN DENTISTE<br>Angle Bd. Zerktoni et Bd.<br>Md. Ben Abdellah - Casablanca<br>Tél: 0522295282 / 0522461402                                                                                                                                                                                     |                       |                     | DEBUT D'EXECUTION       | 11/10/2015 |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                     | FIN D'EXECUTION         | 12/10/2015 |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                            | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          | <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> |                       |                     | H                       |            | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS |  |
|                                                                                          | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552              |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000              |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                     |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
| 00000000                                                                                 | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
| 35533411                                                                                 | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
| B                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | DATE DU DEVIS       |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | DATE DE L'EXECUTION |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                     |                         |            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |  |

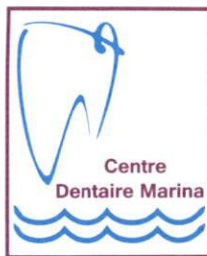
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Faissol BENNOUN  
 CHIRURGIEN DENTISTE  
 Angle Bd. Zerktoni et Bd.  
 Md. Ben Abdellah - Casablanca  
 Tél: 0522295282 / 0522461402

DE FAISSEI BENNOUNA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Angle Bd. Zerktouni et Bd  
Md. Ben Abdallah - Casablanca  
Tél: 0522295282 / 0522481402

Dr. Faissel BENNOUNA  
Chirurgien Dentiste



الدكتور فيصل بنونة  
أخصيب جراحى للأسنان

GSM : +212 6 61 31 02 60  
E-mail : befadent@gmail.com

Casablanca, le 12/10/2019

FACTURE N°182/2019

Mme ZOUFFI Aicha

| N° DENT | ACTE                     | NOMENCLATURE | PRIX    |
|---------|--------------------------|--------------|---------|
| 11      | CI III+ composite        | D15          | 1200.00 |
| 12      | CI III D et M+ composite | 2xD15        | 1600.00 |
|         | TOTAL                    | D45          | 2800.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille huit cent dirhams.

- Compte bancaire Wafa Bank Casa El Hank.
  - RIB : 007 780 000 391 2000 301 916 38.
- Patente: 34106425; IF: 41706425; ICE: 001686094000084.

Dr. Faissel BENNOUNA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Angle Bd. Zerktouni et Bd.  
Md. Ben Abdellah - Casablanca  
Tél: 052229528 2 / 0522481402