

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-825604

184016

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1686 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUCHE BRAHIM

Date de naissance : 16/05/1970

Adresse :

Tél. : +228 96 00 28 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouad ID BOUHMAD
Chirurgien Dentiste
طبيب جراح للأسنان
45, Bd. Kennedy, Talborjt - Agadir
Tél: 05 25 26 27 27

Date de consultation : 26/10/2023

Nom et prénom du malade : OULHOUS Khadija Age :

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

Nature de la maladie : SOINS 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 : Agadir Le : 26/10/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : [][][][][][][][][]

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 plan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INPE 044188753														
	15	TC + 4p	D15 + D20	COEFFICIENT DES TRAVAUX D93														
	16	TC + Screw post + 4p	D25 + D33															
					MONTANTS DES SOINS 1200,00													
					DEBUT D'EXECUTION 26/10/23													
					FIN D'EXECUTION 31/10/23													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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

TC
+
cp 15
TC 16
+
screen push!
+
cp



Agadir, le 31/10/2023 في أكادير،

NOTE D'HONORAIRES

Dr. Mouad ID BOUHMAD
Chirurgien Dentiste

طبيب جراح للأسنان

45, Bd. Kennedy, Talborjt - Agadir

Tél: 05 25 26 27 27

La note d'honoraires du

M, M^{ème} : BULHOUS Khadija

Soins Dentaire :

TC + screw post + cp D₂₅ + D₃₇
TC + cp D₁₅ + D₂₀

Prothèse Dentaire :

est de : Nille deux cent de

Signature

Dr. Mouad ID BOUHMAD
Chirurgien Dentiste

طبيب جراح للأسنان
45, Bd. Kennedy, Talborjt - Agadir
Tél: 05 25 26 27 27

45, شارع كينيدي - تالبورجت - أكادير (أمام برونكس / فاين بورجر)

45 Avenue Kennedy - Talborjt - AGADIR (En face Bronx / Fine Burger)

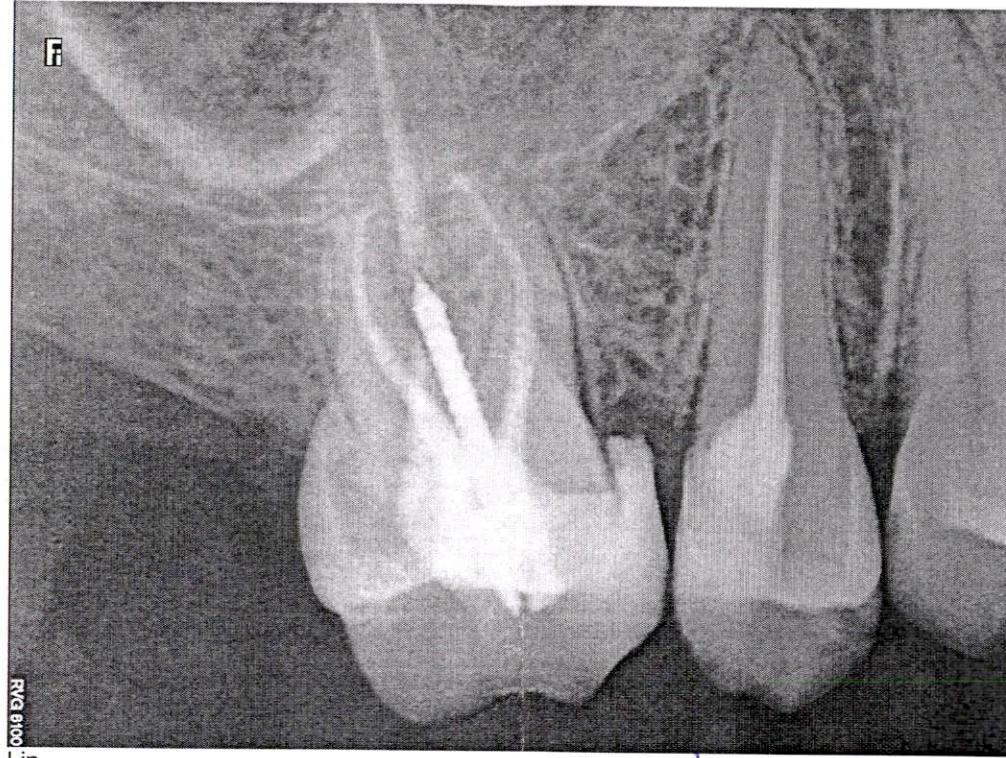
Tél.: 05 25 26 27 27 : الهاتف - E-mail : mouad.id.bouhmad@gmail.com : البريد الإلكتروني

Oulhous Khadija

15/16

Rx après

le 31/10/23



TC + screw post
+ cp

TC
T
4

KODAK Dental Imaging Software v6.12, 30, 0
Dr Mouad ID BOUHMAD
Chirurgien Dentiste
طبيب أسنان
45, Bd Kennedy, Agadir
Tél: 05 25 26 27 07

OULHOUS
Khadija
15/16
Rx awa f
le 26/10/27



Dr. Mouad ID BOUHMAD
Chirurgien Dentiste
طبيب
45, Bd Kinnou Talborjt - Agadir
Tél: 05 25 20 27 27

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 30, 0

Lin