

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdallah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdallah - 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° W19-591537

104283

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8912 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHREIF DRIES

Date de naissance : 24.09.1971

Adresse : LOT AL MOUHTI N°41 BENABID AD BOU33A

Casa Blanca

Tél. : 0674730200 Total des frais engagés : 476.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/21

Nom & prénom du malade : Chreif Dries Age : 16ans

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

Nature de la maladie : 007

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 relative à la protection des données :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-591537

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8912

Nom de l'adhérent(e) : CHREIF DRIES

Total des frais engagés : 476.70

Date de dépôt : 17.11.21

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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Dr. BAHBELLA
PHARMACIE TAMARIS
C. REN ABID
C. 99 79 04

15/11/24

7670

001 857 460 000 58

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

RADIOLOGIE ALGER
13, 11mm Corniche - 2016 d'Alger
20. St. Sidi El Rahmane - Casablanca
Tél : 05 22 30 10 10 / 05 22 90 07 07

16.11.24

Z40

Le 09.03

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

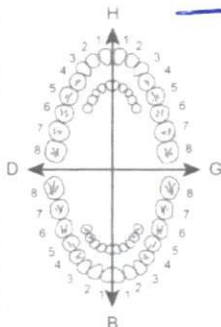
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

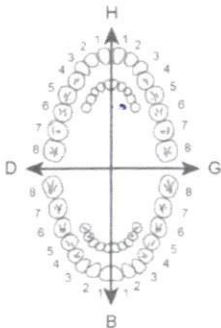
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies ou une In. prothésaire ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



ORDONNANCE

CACHET DU MEDECIN

A DB le 15/11/24

Cherf Reda

59,00 (S.1) (S.1)

1) Parodun gel 3x1/1

en massage gingival

17.70

(S.1)

2) - Eludril BB 3x1/1

46.70

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
LOT: 21E013
P.P.V: 170H70
PER: 05/2024



6 118000 010548



16/11/2021
Casablanca, le

Facture N° 3799/11/2021

Nom patient : CHRIFI REDA

Examen(s) réalisé(s) : PANOREX-TELECRANE

Date Examen(s) : 16/11/2021

Montant : 400 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
QUATRE CENTS DIRHAMS**

**RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA**
10 Imm Communal na ... Azemmour



ORDONNANCE

CACHET DU MEDECIN

A D.B le 15/11/24

Chirifi Reda

1) - Faire une Rx panoramique
dentaire

2) - une Téléradiographie
de profil

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA

19, Imm Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07



**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 16/11/2021

PATIENT : Mr. CHRIFI REDA
EXAMEN(S) REALISE(S) : PANOREX-TELECRANE

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici le résultat de l'examen.

RX PANORAMIQUE DENTAIRE
RX TELECRANE DE PROFIL
Examen fourni sur film, papier et DVD

- ❖ Absence de 28.
- ❖ Entrecroisement de 44 et 45.
- ❖ Chevauchement de 13 et 14.
- ❖ Absence d'anomalie péri dentaire.
- ❖ Absence d'anomalie osseuse
- ❖ Discrète hypertrophie des parties molles du cavum.

Confraternellement
DR O. ALAMI

RADIOLOGIE PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

LOT: 600039
MAN: 02 2020
EXP: 02 2023

SENSITIVE GUMS GEVOELIG TANDVLEES

Pierre Fabre
ORAL CARE

de gel **Parodium**
directement sur
complément du
de 12 ans. Ne
chaque repas.

RBOMER. FLAVOR
NOL. LIMONENE.
LICA. SODIUM

ACL : 3401360276659
Information scientifique :
Tél : 0800 326 326
(Service & appel gratuits)

PIERRE FABRE MÉDICAMENT
45, place Abel-Gance
92100 Boulogne - France
Made in France



Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MÉDICAMENT

GENCIVES SENSIBLES

Pierre Fabre
ORAL CARE

Distributeur : Pierre Fabre Santé Benelux
Rue Henri-Joseph Genessestraat 1
B-1070 Bruxelles-Brussel
CNK : 3466-414

3 577056 016868

Parodium

SOIN GEL GINGIVAL - SENSITIVE GUMS
VERZORGENDE TANDVLEESGEL

EXTRAIT DE RHUBARBE
RHUBARBE EXTRACT
RABARBEREXTRACT

