

## 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.



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

ALL 9 DE.  
**Déclaration de Maladie**

M22- 0032434

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société : RAY 150363

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHAFF-EL-MOSTAFA

Date de naissance : 03/11/1987

Adresse : 30, BD. GHANOUJ NR 09. DIZERA  
CASABLANCA

Tél. : 0661293571 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur AOMAR LATRACH**  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali  
N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : RHAFF-EL-MOSTAFA Age: .....

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

Nature de la maladie : prothèse dentaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0032434

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur, Date, Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue, Date, Désignation des Coefficients, Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien, 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

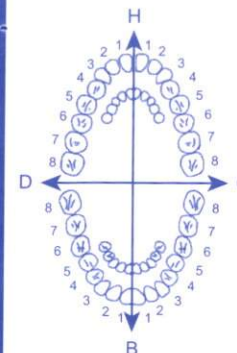
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

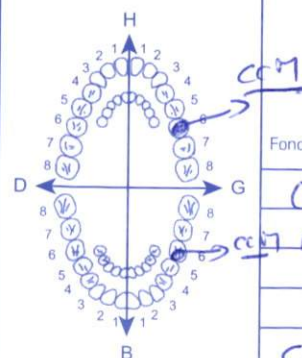
Dents Traitées, Nature des Soins, Coefficient



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H: 25533412, 00000000; G: 21433552, 00000000; D: 00000000, 35533411; B: 11433553



(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Couronne Céramo-métal sur la 26 D200 ccm sur la 36 D200

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

Docteur AOMAR LATRACH, Chirurgien-Dentiste-Implantation, Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale, Sidi Maarouf 6 Av. Farouk Rahar, N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° Dossier: 150363   
N° Dossier externe: PEC-2647-21/02/2023  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: RHAREF ELMOSTAFA  
Situation: Notifié   
Sous-situation: ---   
Date de début: 21-02-2023   
Date de fin:   
Date de saisie: 21-02-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
24-02-2023	Manuel	CCM 26+36 DEJA FAITES LE 21 18 CHEZ MEME DENTISTE MOTIF POUR R

Docteur Aomar LATRACH

الدكتور عمر لطرش

Orthopédie Dento Faciale  
Implantation Dentaire  
Soins Au Laser  
Les Facettes Dentaire  
Blanchiment Dentaire



تقويم إوجاج الأسنان  
غرس الأسنان في الفك  
العلاج بالليزر  
تلميس الأسنان  
تبييض الأسنان

Casablanca, le : 28/02/2023.

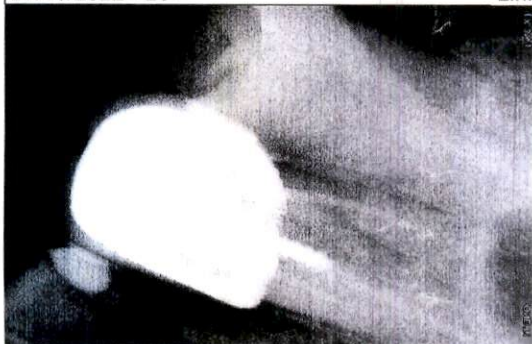
Je soussigné certifie avoir reçu  
M. RHAREF EL MOSTAFA pour prothèse  
denture (con sur la 26 + con sur la 36.)  
les racines sont defectueuses en ai  
donc l'obligation de refaire les  
couronnes et traiter les canaux.  
Mener pour votre satisfaction

Docteur AOMAR LATRACH  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali  
N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27

Création 27/10/2022 RHAREF El moustafa Impression 27/10/2022

27/10/2022 - 26 -

Lin.

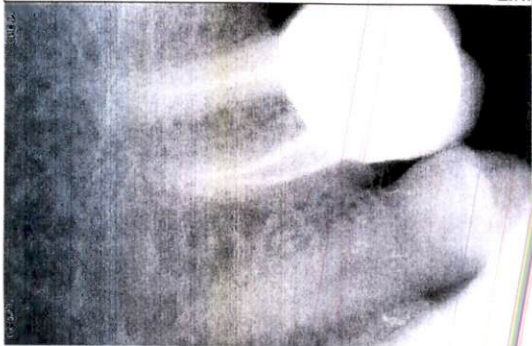



DOCTEUR Aomar LATRACH  
Chirurgien - Dentiste  
Impression - Dentaire  
Orthodontie - Faciale  
Sidi M'eloul & M. Farouk Rahal N° 173  
Casablanca - Tel: 05 22 80 99 27

Création 27/10/2022 RHAREF El moustafa Impression 27/10/2022

27/10/2022 - 36 -

Lin.




**Docteur AOMAR LATRACH**  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali  
N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27

**DOCTEUR AOMAR LATRACH**  
Chirurgien-Dentiste  
Implantation Dentaire  
Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali N°173  
Casablanca - Tél.: 05 22 80 99 27