
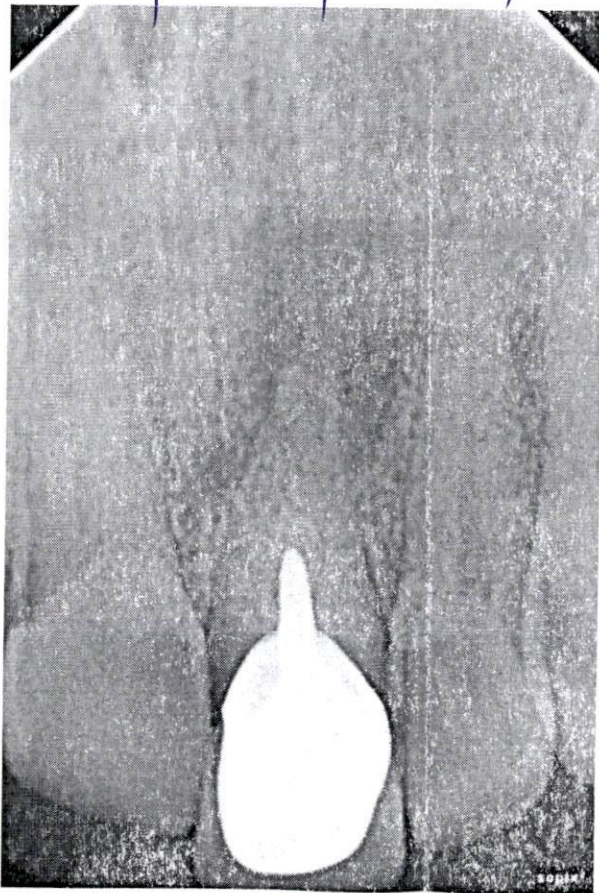


<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>				
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
	21	TR	D <sub>10</sub>	<b>Coefficient des travaux</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">D<sub>10</sub> + 2</div> <b>Montant des soins</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">400,00</div> <b>Début d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">05/6/25</div> <b>Fin d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
2 Rx. munitives = 26 x 4				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      25533412                      00000000                      00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000                      00000000                      11433553                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			D <sub>210</sub>
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Montant des soins</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">5.400,00</div> <b>Date du devis</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">05/6/23</div> <b>Fin d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
⊗ Inlay-cme + Couronne céramo-céramique = D <sub>80</sub> + D <sub>180</sub>				
⊗ Dent provisoire résine/21 = D				
Visa du praticien _____ _____ _____		Visa et cachet du praticien _____ _____ _____		
_____ _____ _____		_____ _____ _____		
VOILET ADHERENT		NOM : _____		
DECLARATION N° <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; font-size: 1.2em;">P 17 0051871</span>		<b>MUPRAS</b> <small>Mutuelle de Prévoyance &amp; d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>		
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				
Cachet MUPRAS				

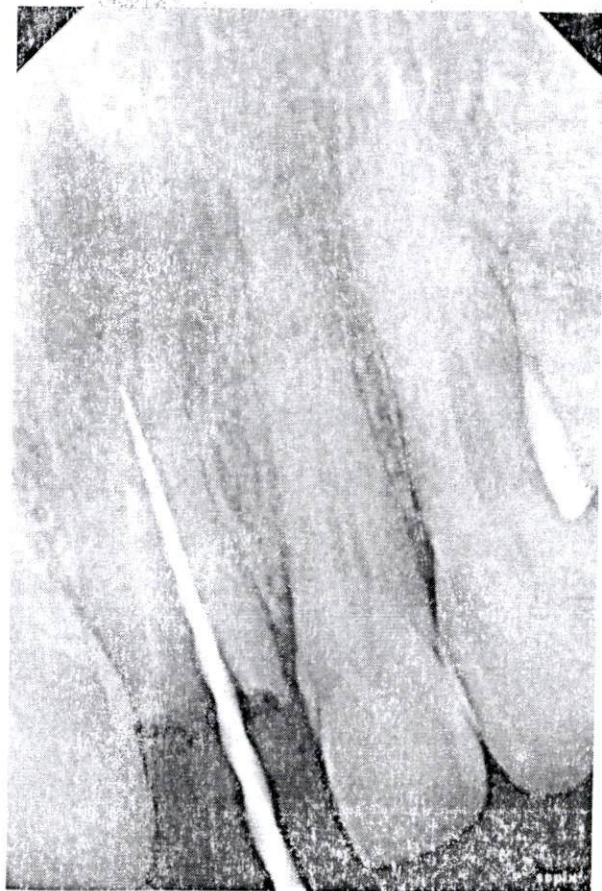
 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		P 17 / 051871	<b>DATE DE DEPOT</b> / / 201
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>			
Nom & Prénom : <b>MELNI EL RHACI</b>		Fonction : _____	
Mail : _____		Phones : _____	
MEDECIN		Prénom du patient : <b>BOUTHAASSOUN AMAL</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age : _____ Date : <b>05/6/23</b>	
Nature de la maladie : _____		Date 1ère visite : _____	
Soins + prothèse dentaire			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : _____			
Nature des actes		Nbre de Coefficient : _____	
		Montant détaillé des Honoraires : _____	
PHARMACIE		Date : _____	
Montant de la facture : _____		Signature et cachet du pharmacien : _____	
N.B = Le présent Dentis annule et remplace celui du 18/5/23.			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : _____	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : _____	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**Docteur Zoubir BASSIRI**  
Médecin Dentiste  
Bd. Nablouss N° 113, 1er Etage  
Hay Al Qods - Bernoussi  
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

- Rx. pré-opératoire/21



- Rx. au cours du TR/21



Docteur Zoubir BASSIRI

Médecin Dentiste  
Boulevard Nabouls N° 113, 1er Etage  
Hay El Qods - Bernoussi  
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

الدكتور زوبير بصيري

طبيب جراح للأسنان

18/5/23

Monsieur,

161314

Concernant le Dents de M<sup>me</sup>  
BENHASSOUN AMAL relatif à  
la dernière empreinte sur 21, à refaire,  
je tiens à vous informer le  
dent présente une légère récession  
gingivale avec apparition du  
liséré univerte du collet de  
la CCM/21, entraînant un  
préjudice esthétique pour le  
patient. D'autre part, le dent

est égrenée avec interférence  
occlusale lors du quiloje  
antérieure entraînant un  
préjudice fonctionnel dynamique  
nécessitant une PEC prothétique  
antiquote répondant aux  
impératifs esthétiques et  
fonctionnels.

Bien de même suite  
favorable à cette entente préalable  
venille agréer, Merci, l'expression  
de nos salutations les meilleures.

Docteur Zeubir BASSIRI  
Médecin Dentiste  
Bd. Nablouss N° 113. 1er Etage  
Hay Al Qods - Nablouss  
Tél : 0522 73 87 97. Carabance

## 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](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 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-700681

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8756

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MRINI EL RHALI

Date de naissance : 01/09/1968

Adresse : Res WIAM, Imm 1, App 3, OULFA, CASA

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/5/23

Nom et prénom du malade : BOUTASSOUN AMAL

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèse 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 : CASABLANCA

Le : 18/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-700681

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
				INF : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[illegible]

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

[illegible]

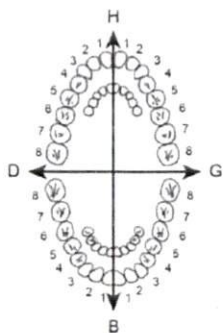
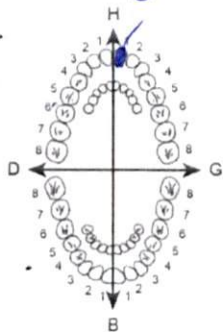
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
	1 Rx. munitique			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="26"/>												
	= 26			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="150,04"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="18/5/25"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="18/5/25"/>												
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="D240"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4000,00"/>												
	⊗ Couronne			DATE DU DEVIS <input type="text" value="18/5/25"/>												
	Céramo-céramique															
Sm 21 = D240			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
⊗ Dent provisoire																
résine 12 = D10																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature of Soins	
-----------------	--

Coefficient

[illegible]COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

20

MONTANTS  
DES SOINS

150, 154

DEBUT  
D'EXECUTION

18/5/22

FIN  
D'EXECUTION

**Docteur Zoubir BASSIRI**  
 Ed. N° 113, 1er Etage  
 Médecin Dentiste  
 Cours N° Bernoussi  
 73 87 97 73  
 E. Blancha

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

D 248

MONTANTS  
DES SOINS

4000, 254

DATE DU  
DEVIS

• 18/5/23

DATE DE  
L'EXECUTION

11/11/2019

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zoubir Bassiri

AMAL BOUHASSOUN

**Docteur Zoubir BASSIRI**  
Médecin Dentiste  
Bd. Nablouss N° 113, 1er Etage  
Hay Al Qods - Bernoussi  
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

- Rx. préopératoire / 21

