

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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)

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)**



## Déclaration de Maladie

N° P19-0049345

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1796 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUCHAREB ABDEL IUAH  
Date de naissance : 17.07.1953  
Adresse : ASMADY FADICA N° 10 TARGA MARRAKECH  
Tél. : 0671363448 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/09/19  
Nom et prénom du malade : Bouchareb Rony Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : O.D.F. 1er degré  
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 : 25 SEP. 2019 Le :  
Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-049345

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 :



[illegible][illegible]

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

[illegible]

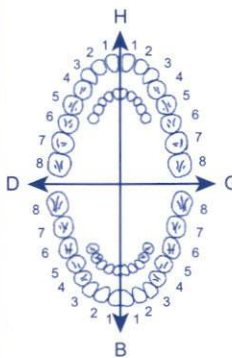
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**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 canaux, ainsi que le bilan de l'OPF.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION		

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hani Rachid  
CENTRE DENTAIRES INTERNATIONAL  
120, Avenue Mohammed V, Centre d'Affaires Teboul  
1<sup>er</sup> Etg, N° 34 - Marjaneh. Tel : 05 24 43 84 74



*à contacter après accord*

Le patient 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	Coefficient des
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticaire			<b>Coefficient des travaux</b>
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Montant des soins</b>
	D90x6 = 5000x6			
	D90x2 = 1100x2			
			<b>Date du devis</b>	<b>Fin de</b>
			13.11.18	13.03.19

Elle est valable pendant 3 mois à compter de la date de dépôt de la facture.  
Elle est valable pendant 3 mois à compter de la date de dépôt de la facture.

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	W18-372635	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.		

Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		DATE DE DEPOT ...../...../201...	
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1796	
Nom & Prénom BOUCHAREB ABDELILAH		Acc	
Fonction : RETRAITE		Phones 06 71 36 34 48	
Mail abdelilah.bouchareb@live.com		Date 13.11.18	
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age 16-05-2008	
Nature de la maladie Dents traitées pathologiques		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 10 DEC. 2018	
Nature des actes 0111F		Nbre de Coefficient 1290x6 1290x2	
Montant détaillé des honoraires 20600dh		Date 13.11.18	
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture		ACCUEIL	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
Date		ACCUEIL	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



إختصاصي في تقويم إعوجاج الأسنان و الفك  
Spécialiste en Orthodontie Dento-Faciale  
Orthodontie pour enfants et adultes  
Diplômé des Universités de Dijon (France)

Marrakech, le 23.09.19

Beaucheret Royo.

1<sup>er</sup> enfant 0105 197:0905 1290.

2<sup>e</sup> enfant en la poche plus 3000d?

Trois fils chéri.

27 SEP. 2019

CENTRE DENTAIRE INTERNATIONAL  
120, Avenue Mohamed V, Centre d'affaire Taleb  
4<sup>e</sup> Etg. Bp 34 - Marrakech. Tel : 05 24 43 64 45

Bbr

Dgo



Marrakech, le 13.11.2017

1) Dévis traitement orthodontique  
Beauchêne Remy : n° de 16-05-2008  
dentiste neurochirurgie T-40 = 280 (01/11 = 250)  
longue version des incisives supérieures, avec des  
crochets - 11/17 Inf. Inc. I & II symétrique  
CPII division 2 voir en I & II I symétrique  
Traitement orthodontique 1790 x 6  
3000dt. x 6 = 17000dt.

consultation fin de traitement. 1700 x 2 = 2600dt.

2) Dévis et de 20.000dt.  
vingt mille quatre cent dt.

Hani Rachid  
CENTRE DENTAIRE INTERNATIONAL  
120 Avenue Mohamed V, Centre d'affaire Taleb n° 34  
4° Et. BP 34 - Marrakech. Tel : 05 24 43 64 45

120, Avenue Mohamed V, centre d'affaire Taleb n° 34  
Tel : 05 24 43 64 45 - email : hani.orth@hotmail.com

INPE : 074002809



# bouchareb ranya

Nom du dentiste

CENTRE DENTAIRE INTERNATIONAL MARRAKECH

Nom du cabinet

Rue

Code postal/Ville

Pays

Téléphone

Fax

EMail

## Informations patient

Nom

bouchareb ranya

Date de naissance/Age

16/05/2008 10 an(s) 5 mois

Numéro Sécurité Sociale

## Informations d'acquisition d'image

Nom de la station

0524 43 64 45

Date d'acquisition d'image

10/10/2018

Nom du fichier image

D:\Carestream\DB\266e34f0cc8a11e8b1cc00e04c681d47\H2.ceph

Informations d'exposition

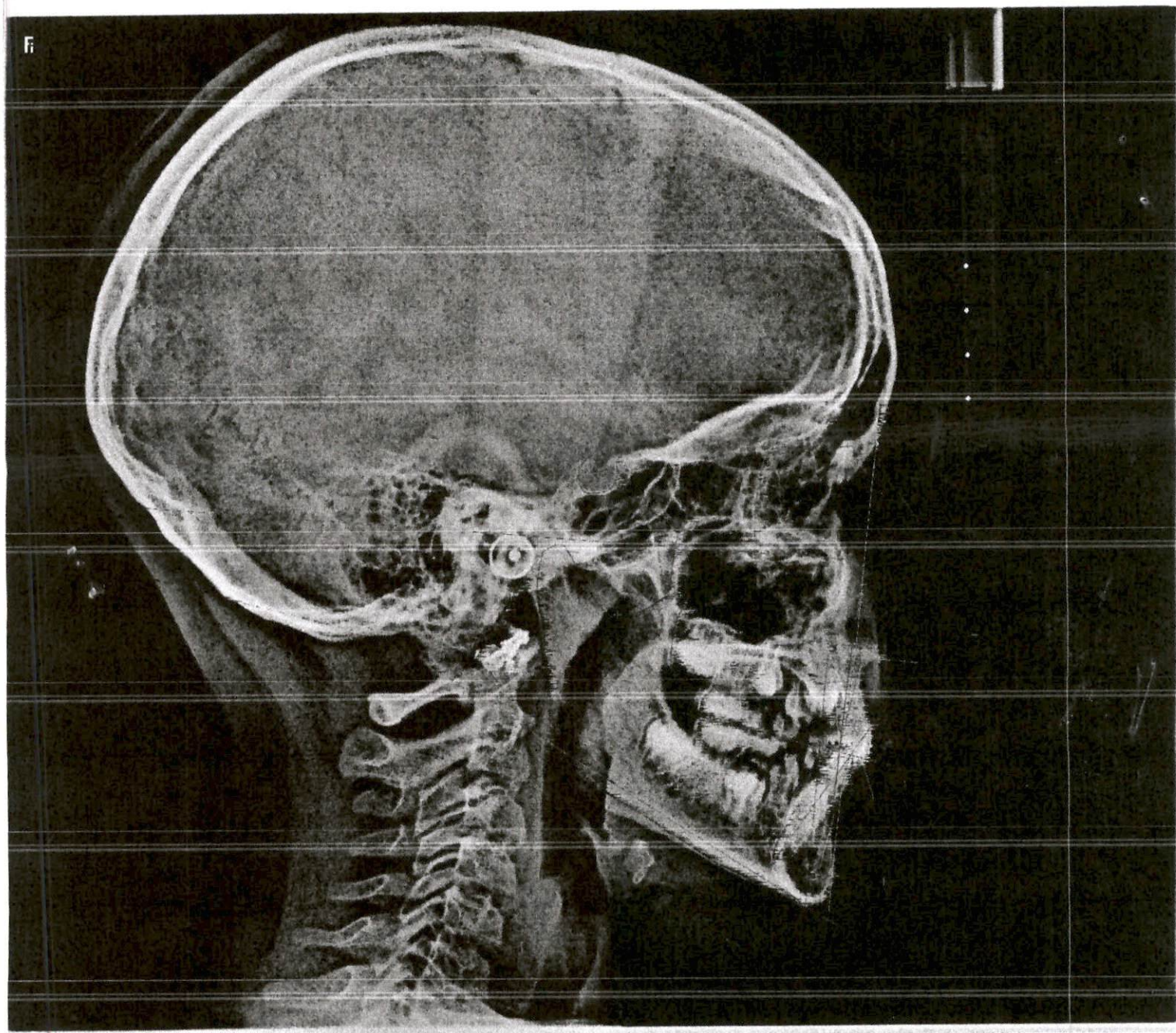
87KV 10mA 10s 25.81 mGy.cm2

## Résultats de mesure

Niveau de la classe de malocclusion dentaire : I

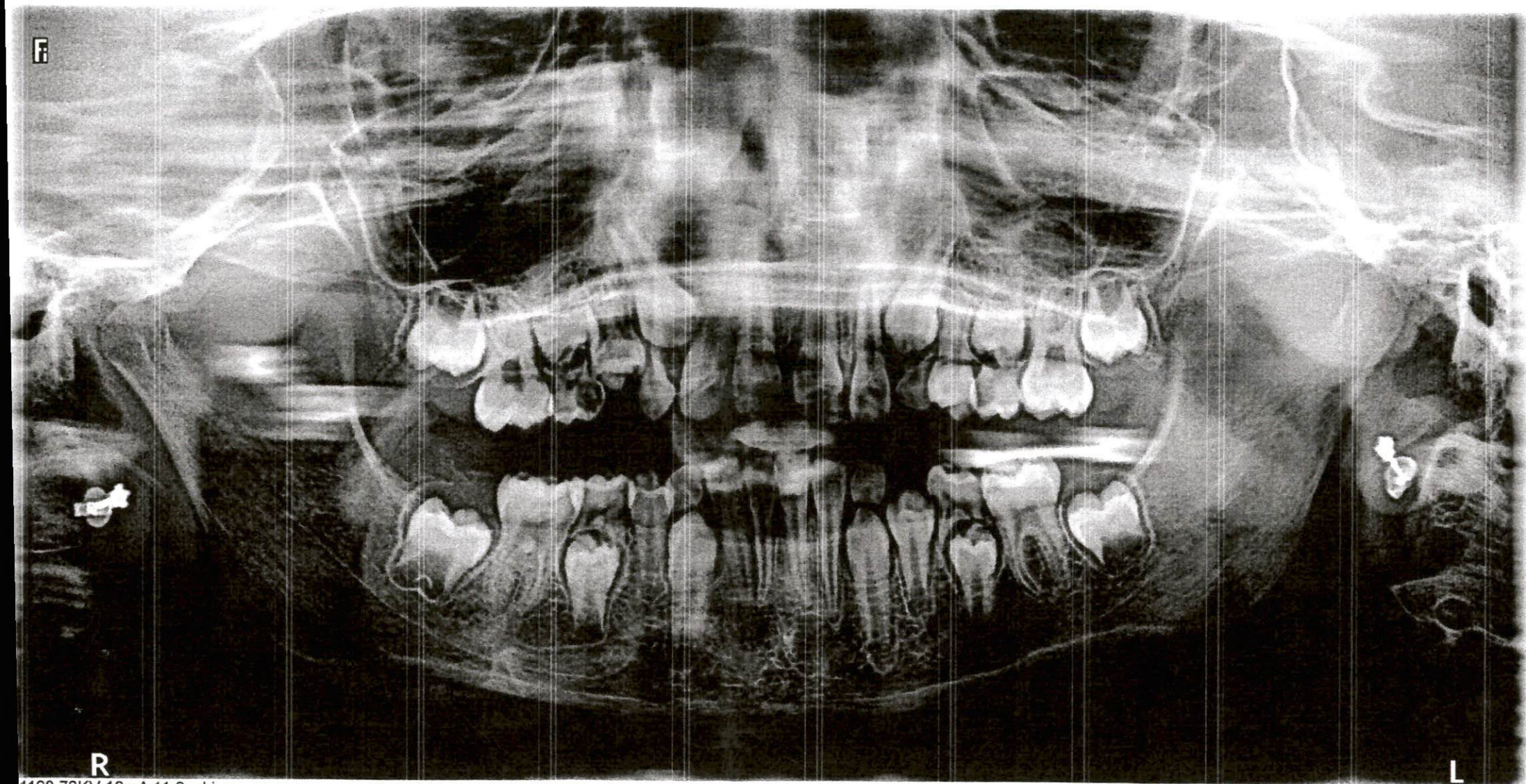
Libellé	Relation	Unité	Valeur
FMA	FrankfortHorizontal_Plane,Mandibular_Plane	degree	28.0
FMIA	FrankfortHorizontal_Plane,Lower_Incisor_Axis	degree	58.0
IMPA	Lower_Incisor_Axis,Mandibular_Plane	degree	94.0
S-N-A	S-N-A	degree	79.7
S-N-B	S-N-B	degree	77.4
A-N-B	A-N-B	degree	-2.3
AO	A,Occlusal_Plane	mm	17.8
BO	B,Occlusal_Plane	mm	18.0
OP-FH	Occlusal_Plane,FrankfortHorizontal_Plane	degree	9.0
Chin Thickness(TC)	Pog',N-B	mm	13.6
UpperLipThickness(UL)	Ls,N-B	mm	19.0
AnteriorFacialHeight(AFH)	Me,Palatal_Plane	mm	57.0
PosteriorFacialHeight(PFH)	Co,Mandibular_Plane	mm	35.6
Z-angle 1	FrankfortHorizontal_Plane,Ls-Pog'	degree	79.0

## Annotations d'images CEPH sans image radiographique



2194 87KV 10mA 10s Lin





1198 73KV 10mA 11.9s Lin