

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.

Éducation :

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

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



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 : ASMAMI FAMILIA 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 : Boucharab Ronya Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : O.D.F.
 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) :



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 :

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticoire			Coefficient des travaux
	25533412	21433552		Montant des soins
	00000000	00000000		Date du devis
	00000000	00000000		Fin de
	35533411	11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
	1200x6 = 5000x6			
	1200x2 = 1100x2			

Elle est destinée à être utilisée par le patient et le praticien dentaire.
 Elle est destinée à être utilisée par le patient et le praticien dentaire.
 Elle est destinée à être utilisée par le patient et le praticien dentaire.

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-372635	
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.		

Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		DATE DE DEPOT/...../201...	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1796	
Nom & Prénom BOUCHAREB ABDELILAH		Acco	
Fonction : RETRAITE		Phones 0671363448	
Mail abdelilah.bouchareb@live.com			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age 16-05-2008 Date 13.11.18	
Nature de la maladie Dents traitent pathologies		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes 0111F		Nbre de Coefficient 1200x6 1200x2	
		Montant détaillé des honoraires 20600 dh	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

MUTUELLE DE PREVOYANCE & D'ACTI...
 10 DEC 2018
 ACCUEIL
 MUPRAS
 10 DEC. 2018
 ACCUEIL

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^{er} membre ODF Toubayou Dgo.

de l'ensemble de la facture et de 30000?
Trois fois chacun.

27 SEP. 2019


CENTRE DENTAIRE INTERNATIONAL
120 Avenue Mohamed V, Centre d'Affaire Taleb
6^e Etg. B^o 34 - Marrakech. Tel : 05 24 43 64 45

Bor

Dgo




Marrakech, le 13.11.2017

1) Dépense traitement orthodontique
Beauchêne Remyca : n° de 16-05-2008
dentiste neurochirurgie T=90 = 280 (01/11 = 250)
longue durée des Invisives n°, avec des
chocaux - 11/17 Inf. en 1011e I synthétique
CPII division 2 voir en 1011e I synthétique

Traitement orthodontique 1290 x 6
3000dt. x 6 = 18000dt.

consultation par dentiste 1000 x 2 = 2000dt.

2) autres et 20.000dt.
vingt mille quatre cent dt.

Dr Hani Rachid
CENTRE DENTAIRE INTERNATIONAL
210 Avenue Mohamed V Centre d'affaire Taleb
4° Et. n° 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

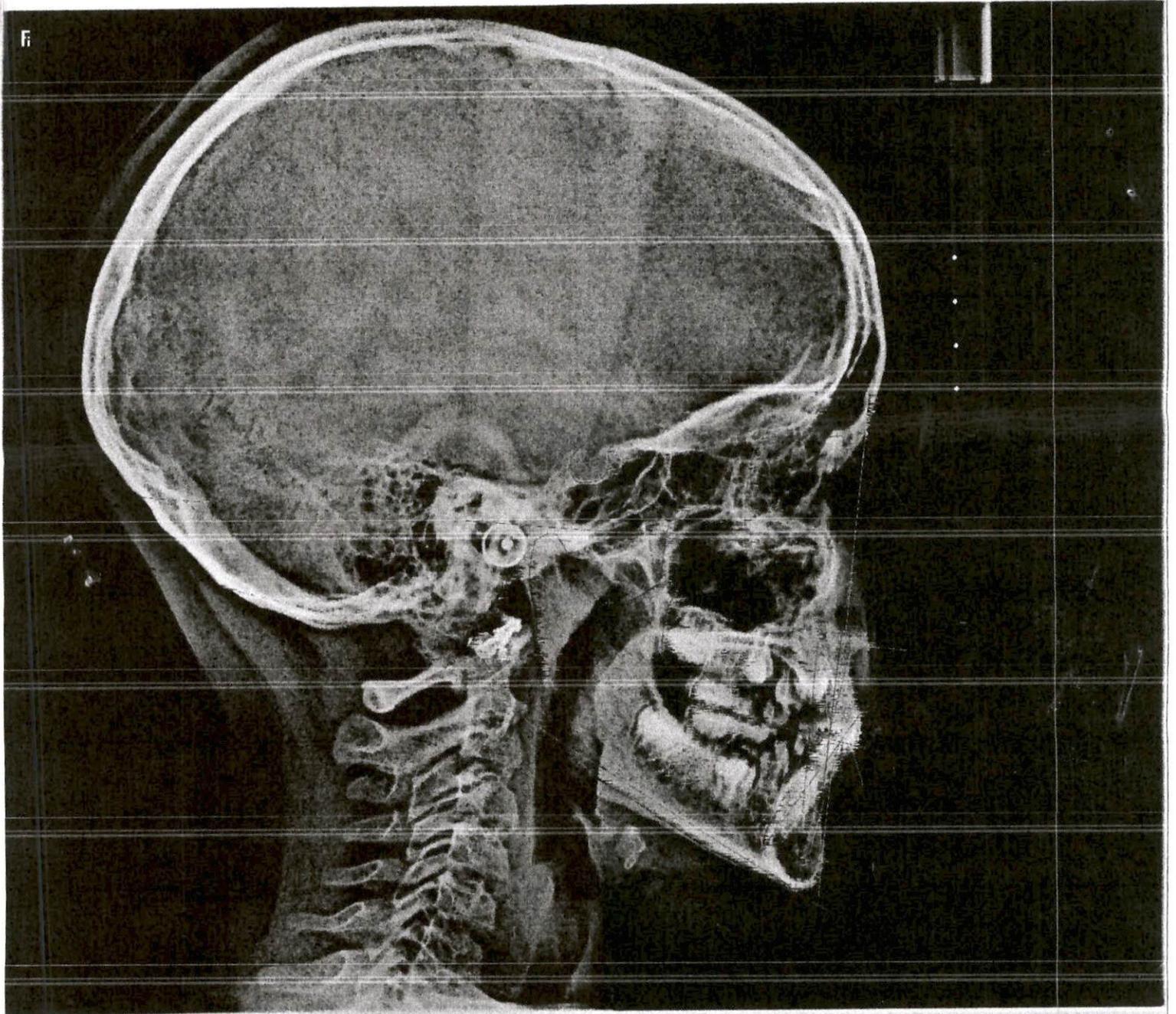
87KV 10mA 10s 25.81 mGy.cm2

Résultats de mesure

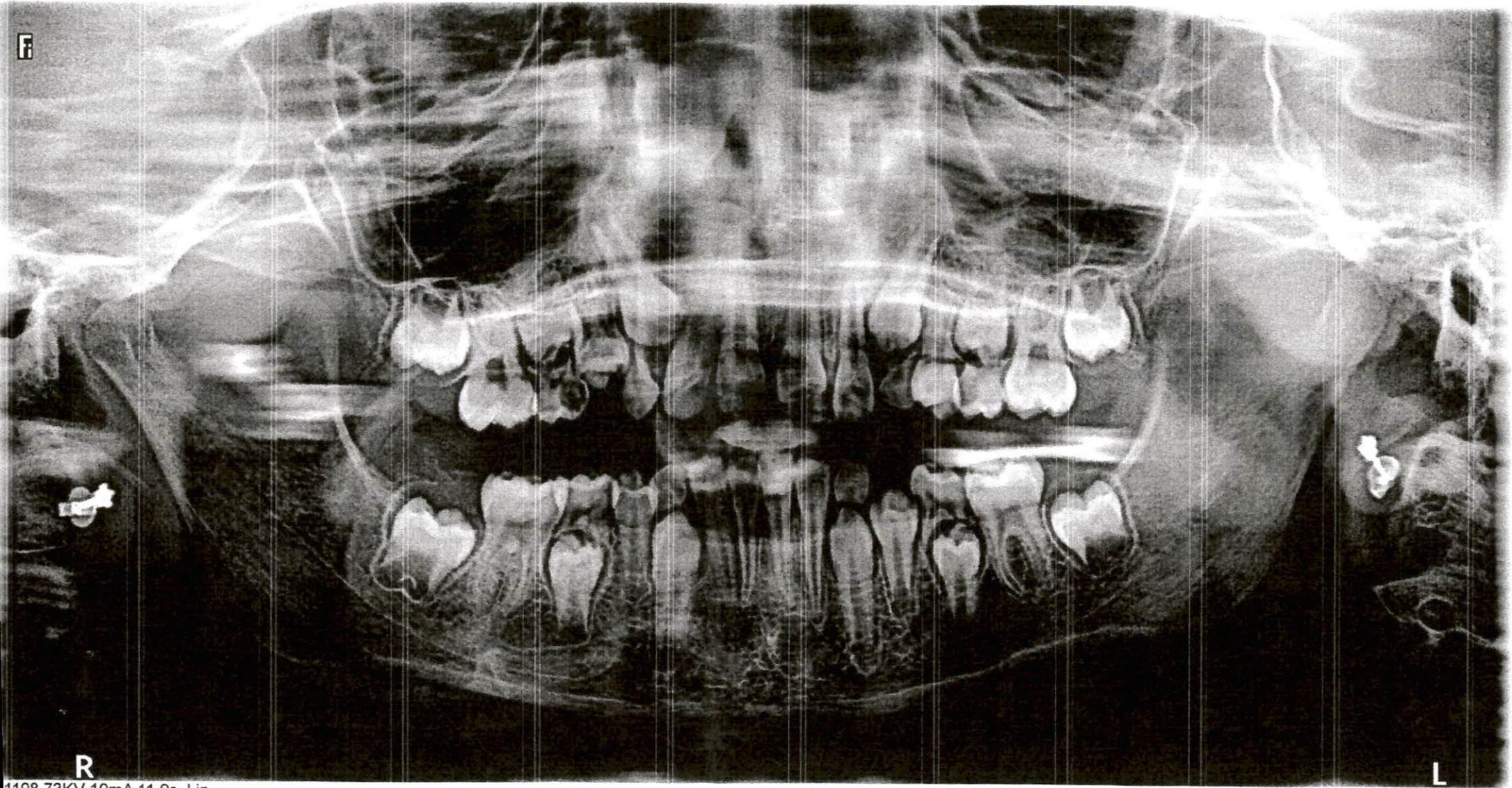
Niveau de la classe de malocclusion dentaire : I

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