

# 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.

## Maladie chronique :

- 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)



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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014907

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 747 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : MIKOU Abderramane Date de naissance : 8 MAI 1945  
Adresse : Rue KAOUTAR AV. BEN ATHIR FES V.U.  
Tél. : 0663045835 Total des frais engagés : 500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MRAËT Maryem  
Chirurgien Dentiste  
Tél. 05 35 62 11 061  
Avenue Palestine, Complexe Al-Houdia  
Immeuble 7 - 1er Etage, Apt. 1 - FES

Date de consultation : 28/09/19

Nom et prénom du malade : MIKOU YOUSSEF Age : 17 ans

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

Nature de la maladie : Soins dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01 OCT 2019

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 : FES Le : 30/9/2019

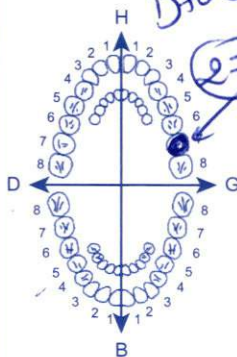
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
	27	obt canal	D706	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">D706 + D700</span>			
	27	composit	D700		MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">#500,00 #</span>		
						DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">20/08/19</span>	
							FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">28/09/19</span>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>															
		DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>														
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél. 05 35 62 11 01

Avenue Palestine, Complexe Al-Houria  
Immeuble 7 - 1er Etage Appt. 1 - FES

Dr. EL MRABET Maryem



**Dr. EL MRABET Maryem**

**Chirurgien Dentiste**

Lauréat de la Faculté de Chirurgie  
Dentaire de Dakar  
Spécialiste en Chirurgie Dentaire  
et Orthodontie

**د. مريم المرابط**

**طبيبة جراحة الأسنان**

**خريجة طب الأسنان بدمكار**

**أخصائية في طب وتقويم الأسنان**

**28/09/2019**

Fès le : ..... فاس في :

## **ORDONNANCE**

### **NOTE D'HONORAIRES FA492/19**

**Monsieur MIKOU Youssef**

<b>DATE</b>	<b>Dent</b>	<b>Actes</b>	<b>Code</b>	<b>Honoraires</b>
28/09/2019	27	Composite	D700	200
20/08/2019	27	OBTURATION CANALAIRE	ENDO	300

Total :500,00

Arrêté la présente note d'honoraire à la somme de :  
CINQ CENTS DHS

  
**Dr. EL MRABET Maryem**  
**Chirurgien Dentiste**  
Tél : 05 35 62 11 01  
Avenue Palestine, Complexe Al-Houria  
Immeuble 7 - 1er Etage Appt. 1 - FES

TP:13107260 IF:40489313 ICE:001635994000022



Dr. EL MRABET Maryem  
Chirurgien Dentiste  
Tél. 05 35 62 11 01  
Avenue Palestine, Complexe Al-Houria  
Immeuble 7 - 1er Etage Appt. 1 - FES

<EL MRABET DENTAL CENTER>





Dr. EL MRABET Maryem

Chirurgien Dentiste

Tél. 05 35 62 11 01

Marouline, Complexe Al-Houria  
Boite 7 - 1er Etage Appt. 1 - FES

<EL MRABET DENTAL CENTER>

<sup>3</sup>  
Apr<sup>3</sup> 27

