

# 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.

## 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.

## Prothèses :

- 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.

- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Déclaration et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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



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

TR 11/12/18  
D/REN

**11/12/18**  
**AYAR**  
**Déclaration de Maladie**

**N° P19- 0038103**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02102

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Lailou Kassi Fouad

Date de naissance : 15/07/1952

Adresse : 19, rue Lahcen El Arjoune Casa.

Tél. : 065504256

Total des frais engagés : 1055,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KARIM SELAM

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie :

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.

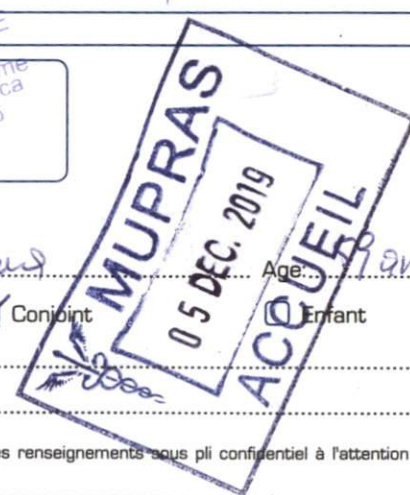
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 11/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

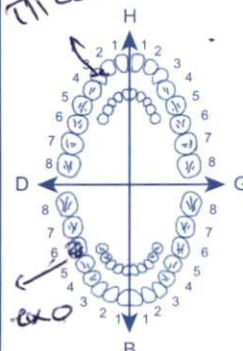
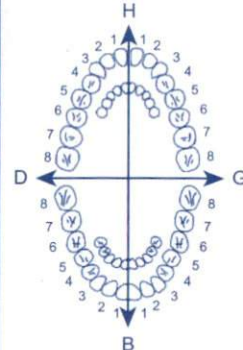


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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																									
	13	III canalaire + 4	D <sub>25</sub>	600,00 DH																								
	46	exo	D <sub>10</sub>	400,00 DH																								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553		
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D			B																									
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Master Européen Damon, Madrid  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign, Malaga  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Orthodontics & Cosmetic Dentistry

du 15/11/2019

Selma Kellouj

55.00

1) Neomox 1g (4)  
2 cp 2 fois / j p.l.t 7j.

2) Cotipred 20 mg (4)  
3 cp prise matinale p.l.t 3j.

3) Doliprane 1g (4)  
2 cp tout le 4h.

Dr. Zouhair Abidine  
Chirurgien-Dentiste  
5 Avenue 2 Mars, 2ème Etg.  
Appt 5 Casablanca  
0522 80 58 06

[www.dentalclinic2mars.com](http://www.dentalclinic2mars.com)

# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant  
Master Européen Damon, Madrid  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign, Malaga  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le : 29/11/2019

## NOTE D'HONORAIRES N°: 178F2019

Patient(e): KABBAJ seloua

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
OBTURATION CANALAIRE MONO	13	600,00 DH
EXTRACTION SIMPLE	46	400,00 DH
TOTAL		1 000,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Mille

Signature du Praticien

Dr. Zouhair ABIDINE  
Chirurgien Dentiste  
105 Avenue 2 Mars 2ème  
étage App 5 Casablanca  
Tél: 05 22 80 58 06

[www.dentalclinic2mars.com](http://www.dentalclinic2mars.com)

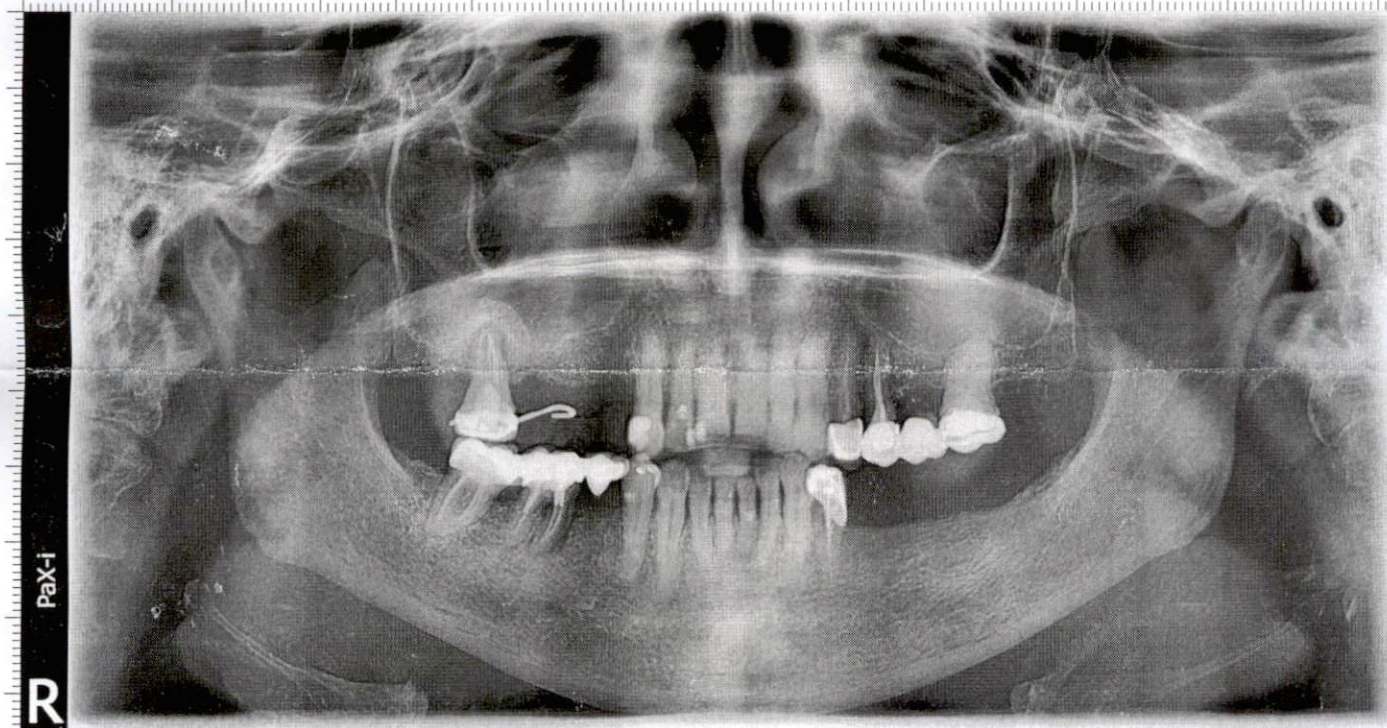
IF: 96379920 - ICE: 002077369000026 - INPE: 094184025

🏠 105, Avenue 2 Mars, 2ème Etg, Appt 5, Casablanca ☎ 05 22 805 806 ✉ [info@dentalclinic2mars.com](mailto:info@dentalclinic2mars.com)



*Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale*  
*Master Européen Damon, Madrid*  
*Master Européen en Orthodontie Invisible*  
*Invisalign, Malaga*  
*Membre du Collège Européen d'Orthodontie*

Name : seloua, kabbaj(Femme) Chart No : 20190111\_173301  
Date of Birth : 1960/04/28(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/01/11 PM 05:37:37  
kVp : 72.0 mA : 10.0 DAP : 1.1948

Dr. Zouhair ABIDI  
Chirurgien Dentiste  
105 Avenue 2 Mars, 2ème  
étage App. Casablanca  
tél: 0522 80 53 06

KABBAJ SELWA



Dr. Zouhair ABDOINE  
Chirurgien Dentiste  
105 Avenue 2<sup>e</sup> Mars 2<sup>e</sup>ème  
étage App. 2 Casablanca  
Tel: 0522 80 58 06