

# 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.

## Diagnostic 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)

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

1020 FOS PE C  
**Déclaration de Maladie**  
N° P19- 063233

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom :

MANOUNI Mohamed

Date de naissance :

30-06-1951

Adresse :

69, Rue AL HADHOUA CASA

Tél. :

022273479

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENABDALLAH Latifa  
Docteur En chirurgie Dentaire  
39, Rue Omar Staoui  
Résidence Taoufik 1er Etage  
N° 7, Tél : 05 22 22 78 18, Casa

Date de consultation :

10/03/2020

Nom et prénom du malade :

MANOUNI Mohamed

Age :

1955

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

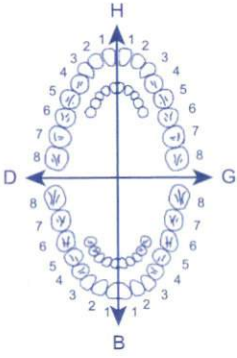
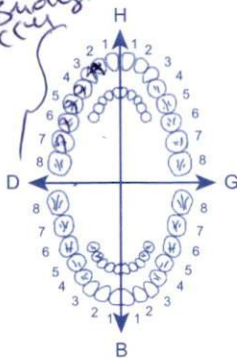
[Signature]

# 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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="Box 6"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="12000 dh"/>														
	Denis pour Bridges et sur 12, 13 14, 15, 16 et 17			DATE DU DEVIS <input type="text" value="14/03/2020"/>														
<input type="text" value="Box 6"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<input type="text" value="12000."/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BERABOU ALI EL  
Docteur En Chirurgie Dentaire  
89, Rue Omar Slaoui  
Résidence Japoufik 1er Etage  
N°7, Tél: 05 22 47 25 87, Casa



**Dr. M. ALAOUI BOUHAMID**

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire  
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 23 Juin 2020

**NOM DU PATIENT : ZAHIDI FATIMA**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR BENABDALLAH LATIFA**

**EXAMEN REALISE : PANORAMIQUE DENTAIRE**

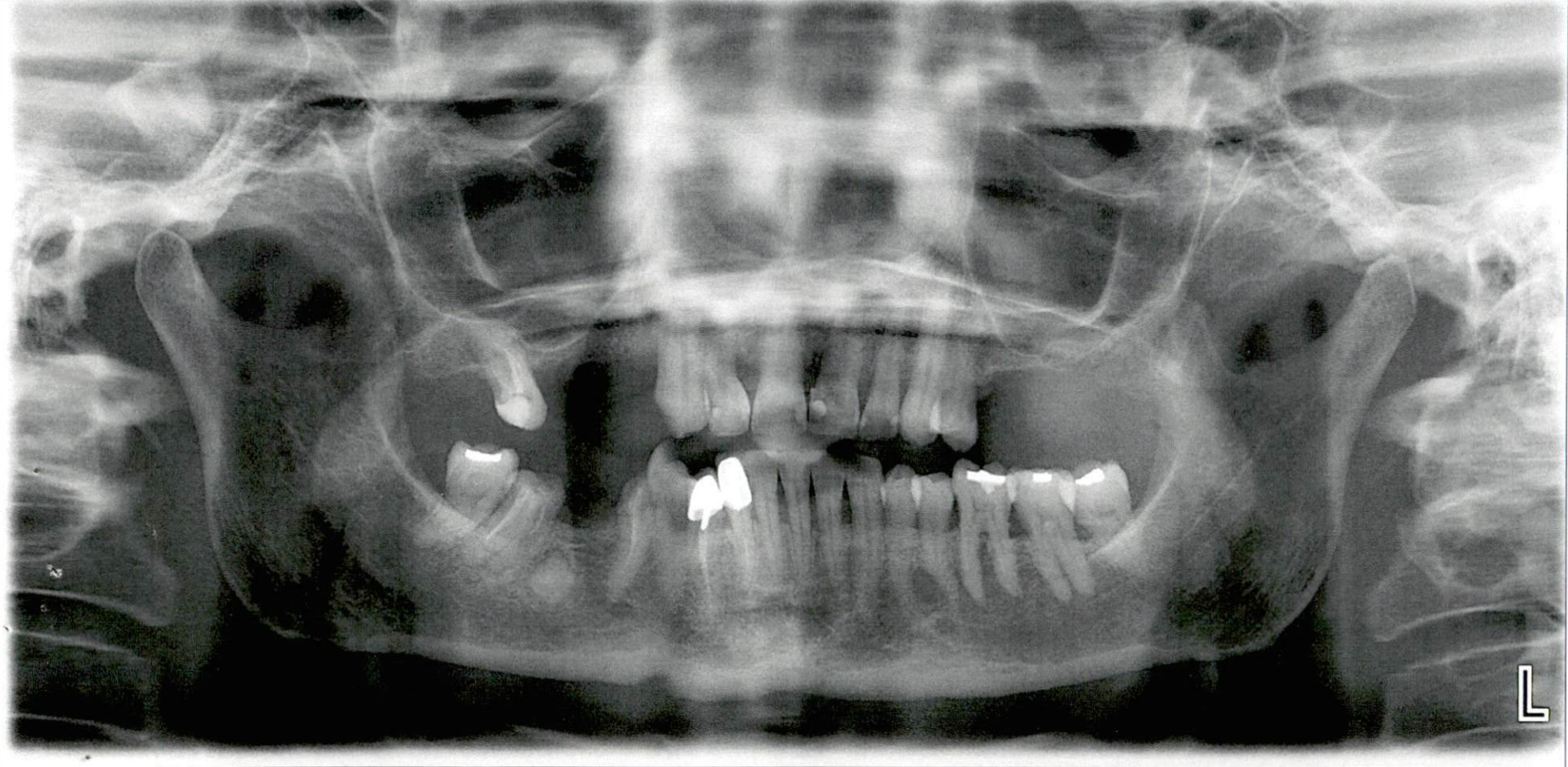
**RÉSULTAT :**

- Dentition de type adulte.
- Multiples secteurs édentés.
- Aspect rétracté de l'os alvéolaire ( parodontite).
- Odontome en regard du site de la 46.
- Absence d'anomalie focale suspecte de la trame osseuse.
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- ATM en place.

En vous remerciant de votre confiance





**DR M. ALAOUI BOUHAMID**

  
MÉDECIN RADIOLOGUE



23/06/20 65,0kV 8,0mA 16,9s 94,1mGy×cm<sup>2</sup>



N° Dossier: 29893   
N° Dossier externe: PEC-05677-24/06/2020  
Type de dossier: DENTAIRE ▼  
Bénéficiaire: ZAHIDY FATIMA  
Situation: Notifié ▼  
Sous-situation: -- ▼  
Date de début: 24-06-2020   
Date de fin:   
Date de saisie: 24-06-2020  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
26-06-2020	Manuel	CV PREOP

Monsieur MANOUNI MOHAMED  
Matricule 05677  
Casablanca

Casablanca, le 26-06-2020

Objet : Contre Visite /ZAHIDY FATIMA

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
P19-063233	CONJOINT	10/03/2020	SOINS PROTHESES DENTAIRES	12.000,00

Nous faisons suite au dossier visé en marge et vous prions de se présenter muni de votre CIN chez :

**DR. SAID MOUINY**

Bd, BRAHIM ROUDANNI 22 BIS , RUE OUSSAMA IBNOU ZAID 1ER ETAGE  
CASABLANCA

TEL : 05 22 23 20 77

Aux fins d'une contre-visite en prenant rendez-vous au préalable

Prière nous retourner cette lettre dûment datée et cachetée par le médecin contrôleur.

Veuillez croire en l'assurance de nos sentiments distingués.

