

# 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 vignette, 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 au 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

**Déclaration de Maladie**

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

*Voir verso  
Feuille de Fuite*

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2311 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : El Bachir

Nom & Prénom : MENNI El Bachir

Date de naissance : 12.03.49

Adresse : Rue RAM le Palmer Rond  
El Jadaida Bat B 112

Tél. : 0661310993 Total des frais engagés : 150

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**MUPRAS**  
**10 OCT. 2019**  
**ACCUEIL**

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfan

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

**MUPRAS**  
**10 OCT. 2019**  
**ACCUEIL**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coûts	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Chèque et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Professeur André Monanckson Dokt. med. Dentist Radiologe, Radiologie Universitätsklinik Regensburg Universitätsstrasse 1 D-9304 Regensburg Tél.: 09 21 86 22 86</i>	01/10/95	116 Ra P. fm	152 DM

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'état.				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		INP : <input type="text"/>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>		
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> $\frac{H}{D} = \frac{25533412}{00000000} = \frac{21433552}{00000000}$ $\frac{B}{G} = \frac{35533411}{00000000} = \frac{11433553}{00000000}$		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <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'EXÉCUTION				

الدكتورة نادية سعدي

Dr Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



Casablanca, le: 30/09/2019

Dr Nadia el bachi

Ra paro-f-

52, Rue Socrate Quartier Maârif Exension  
Dentiste Dr Nadia SAADI  
Tél: 05.22.25.32.78  
3<sup>me</sup> Etage Appart. 7 - Casablanca

Professeur BAÏTE Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Al Miraj Center, Angle Bd Anouar  
Bd Abdelmoumen 3<sup>eme</sup> Etage N° 4  
Tél: 05.22.86.59.86



52, Rue Socrate Quartier Maârif Exension 3<sup>eme</sup> Etage Appt.  
Casablanca - Tél.: 05.22.25.32.78

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris V
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat 'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie

INPE:09.402.75.47/ ICE: 001668421000015 /N° PATENTE: 36362364/ IF: 144498/ N° CNSS: 4157378

Date le 01/10/2019

## COMPTE RENDU DE LA RADIO PANORAMIQUE

### MENNI EL BACHIR

- Bridge CCM 13-14
- Bridge CCM 12-11
- Bridge CCM 21-22
- Bridge CCM 44-45
- Bridge CCM 33-43
- Bridge CCM 34-35
- Lésions péri apicales en regard des racines de 45-44
- Lésion péri apicale en regard des racines de 34-35
- 36-37 à l'état de racine
- Edentation partielle maxillaire et mandibulaire.



AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca  
Tel: 05 22 86 59 86  
Mail: centredrbalte@gmail.com

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris V
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat 'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie

INPE:09.402.75.47 / ICE: 001668421000015 /N° PATENTE: 36362364/ IF: 144498/ N° CNSS: 4157378

Casablanca le 01/10/2019

Facture

MENNI EL BACHIR

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE : Z16

Montant des honoraires : 150 DH



AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca  
Tel: 05 22 86 59 86  
Mail: centredrbaite@gmail.com