

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

## Prothèse 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)

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.

**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- 0045156

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 29 NOV 2019 / 53 Société : *Barbaj*  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : *MADRID CHAN A*  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin  
Cachet du médecin : *Dr. BOUCRIHA Mohammed  
Dentiste  
2, Place Pont à Mousson, 1er étage  
Casablanca 20000 - Tél. 022 27 26 42/26 43 71*  
Date de consultation : *05/09/2019*  
Nom et prénom du malade : *MADRID CHAN A* Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : *Cancer du sein*  
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 : *Casablanca* Le : ...../...../.....  
Signature de l'adhérent(e) : .....



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

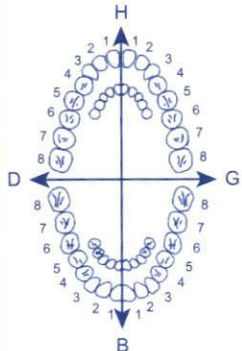
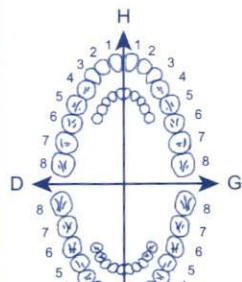
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
		Consultation	05	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="05"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="914"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value=""/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="05.9.2"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value=""/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value=""/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text" value=""/>												



Scanner spiralé, 3D, Denta - Echographie Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Rachis et M.I en totalité - Mammographie - Panoramique dentaire et Télé Radio Numérisés  
Biopsies guidées - Radio photo pulmonaire - IRM sur R.V

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca , le 06/09/2019

Patient : MADID CHAMA

## RX PANORAMIQUE DENTAIRE

Petite carie de la 26 .

Absence de lésion osseuse .

ci-joint le CD de l'examen

Confraternellement  
DR. MAHFOUD



# RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

**Docteur Latifa MAHFOUD**

**Docteur Salah Eddine DRHIMER**

**Docteur Driss EL HASSANI**

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 06/09/2019

*Facture N° 18492/2019*

*Nom patient* : **MADID CHAMA**

*Examen(s) réalisé(s) :*  
**PANORAMIQUE DENTAIRE:**

*Montant* : **250 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**REGLEMENT : ESPECES**

04 OCT. 2019

*BR* *EL* *JK*





Dr. BOUSFIHA Mohammed

الدكتور محمد بوصفيحة

Chirurgien Dentiste

طبيب جراحي للأسنان

2, Place Pont à Mousson - 1<sup>er</sup> Etage

2، زنقة الورود

CASABLANCA

الدار البيضاء

Tél. : 05 22 26 48 70 / 05 22 27 26 42

الهاتف : 05 22 26 48 70 / 05 22 27 26 42

Casablanca, le 05.08.2019... الدار البيضاء في

M<sup>e</sup> MADZO Chama

1) Radiographie Panor



الدكتور بوصفيحة محمد  
Docteur BOUSFIHA Mohammed  
Chirurgien Dentiste  
2, Place Pont à Mousson - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél. : 05 22 26 48 70 / 05 22 27 26 42