

# 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.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

**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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0006546

207167

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8058 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ME TAHHA-BOUAMRI ABDELKARIM

Date de naissance : 04-06-1949

Adresse : 55 Rue 4 Apt 7 cité GUYNEMER

MAV. TAHHA - CASABLANCA

Tél. : 0661188173 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05/24

Nom et prénom du malade : TAHHA Bouamri Abdelkrim Age :

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

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

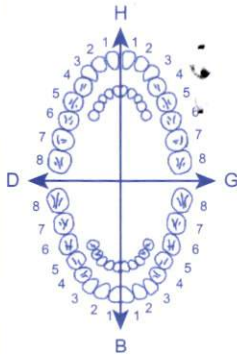
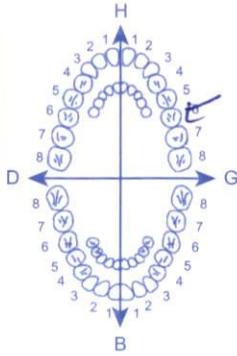
[illegible]

# 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<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|---------------------|------------------------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|    |  |                     |                        | Coefficient<br>DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>   |                     |                        | Coefficient<br>DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <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 |  |  |
|   | H  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                   |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| CCC Sur 16  |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     | DATE DU<br>DEVIS       |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Abdelhak BOUHAJID  
Centre Dentaire CHU de Casablanca  
41, rue de l'Indépendance  
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Centre Dentaire CHU de Casablanca ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. ~~Abdelhak ALAGUI BOUAMAM~~  
Centre de Soins et de Prévention Attestant l'Exécution  
des Versés C.I.L. Casablanca  
Tel: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Dr Ahmed Alaoui Bouhamid  
taha bouamri, abdelkrim  
04/06/1949

Intra-oral molaire Adulte 26



Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire CIL 42, Rue  
de l'Industrie CIL Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 59 81








Dr Ahmed Alaoui Bouhamid  
taha bouamri, abdelkrim  
04/06/1949

Intra-oral molaire Adulte 26




Dr. AHMED ALAOU BOUHAMID  
Centre Dentaire C.I.L. 02, Rue  
de l'Atlas C.I.L. Casablanca  
Tel: 0522 94 65 74 - 0522 94 59 01



N° Dossier: 207167   
N° Dossier externe: ACC-02058-27/05/2024  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: TAHA BOUAMRI ABDELKRIM  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 27-05-2024   
Date de fin:   
Date de saisie: 27-05-2024  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

| Date       | Type   | Commentaire   |
|------------|--------|---|
| 27-05-2024 | Manuel | ACC D180 CCM 26 S/R RX APRES DR AHMED ALAOUI BOUHAMID |

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

*Spécialiste en Parodontologie*

*Implantologie – Prothèse fixée*

*Et Occlusodontie*

Diplômé de l'Université de LYON



الدكتور أحمد العلوي بو حميد

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في امراض اللثة

الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca, le 28/05/2024

Patient(e): TAHA BOUAMRI abdelkrim

INP : 094014131  
IF : 40909045  
ICE : 001784424000064

**FACTURE N° 4510F2022**

| ACTES    | Code sécu | Dent(s) | Montant à payer |
|----------|-----------|---------|-----------------|
| POSE CCC | 0         | 26      | 5.000,00 DH     |
| TOTAL    |           |         | 5.000,00 DH     |

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Cinq mille Dh

Signature du Praticien

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid  
Centre Dentaire CIL, 42, rue de l'Atlas  
Tél: 05 22 94 65 74 - Fax: 05 22 94 59 81

C l i n i q u e   D e n t a i r e   C I L

42, rue de l'atlas – CIL\*Casablanca\* Tél. : 05 22 94 65 74\* Fax : 05 22 94 59 81

Site web : www.clinicdentairecil.com