

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-502495

ND-S3385

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 09438

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAB A Hanief

Date de naissance : 05/08/1965

Adresse : Hay Rods Résidence Fajz Imm Escanacabre APP 2  
Sidi Berneussi

Tél. : 0661915346

Total des frais engagés : 500,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

**CENTRE DENTAIRE**  
**Dr. ABBASSI Med Kamal**  
**76, Bd Abdelmoumen Rés Koutoubia**  
**Appt 54 - Casablanca**  
**Tél: 0522 99 33 94 / 0522 99 48 07**  
**Gsm: 0663 05 23 09**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Le : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Kamal

**ACCUEIL**  
**DU 18 DEC. 2020**  
**DR. ABBASSI Med Kamal**  
**76 Bd Abdelmoumen Rés Koutoubia**  
**Appt 54 Casablanca**  
**Tél: 0522 99 33 94 / 0522 99 48 07**  
**Gsm: 0663 05 23 09**

### RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <b>O.D.P. PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B																	
 <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

*Patente: 3477120  
INP: 094012201  
ICF: 000175592000046  
IF: 425800038*  
*Dr. ABBASSI MED KAMAL  
16, Bd Abdelloumen Rés Koutoubia  
Appl 54 - Casablanca  
Tél: 0522 99 33 94 / 0522 99 48 07  
GSM: 0663 05 23 09*

**Dr Mohammed Kamal ABBASSI**

**Chirurgien Dentiste**

Spécialiste en Orthopédie Dento-faciale  
et Orthodontie Clinique D.E.M.S  
Enfant et Adulte  
Ancien Résident des Hôpitaux



الدكتور محمد كمال عباسى  
طبيب جراحي للأسنان  
إخلاصي في تقويم إعوجاج الأسنان  
مقيم سابق بالمستشفيات

16/12/2020  
Casablanca, le .....

**ZAHIR ZINEB**

**FACTURE DE SOINS DENTAIRES**

**Facture N°307/2020**

DETATRAGE D12X2 : 500.00DH

500.00

Cinq Cent Dirhams

Patente: 3477120  
INP: 094012507  
ICE: 00176593C000046  
IF: 42500038

Dr. ABBASSI Med Kamal  
CENTRE DENTAIRE  
76, Bd Abdelmoumen Résidence la Koutoubia  
Tél.: 0522 99 33 94 / 0522 99 48 07  
GSM: 0663 05 23 09