

## 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.

### Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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

- 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 Alial Ben Abdellah - Brevet Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales

de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-791613

183569

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>YAL3</b>	Société : <b>R.A.M.</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ELZAHAF YOUSSEF</b>			
Date de naissance : <b>06/10/1970</b>			
Adresse : <b>Hanane BOUZID</b>			
Tél. : <b>0522 87 47 38</b>	Total des frais engagés : <b>Dhs</b>		
Cadre réservé au Médecin : <b>Dr Hanane BOUZID Chirurgien Dentiste Orthodontiste 2, Bd El Oods Kas 1er CENTRE 4e Etage, Bur 21 - Casablanca Tél: 0522 87 47 38</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>13/11/2003</b>			
Nom et prénom du malade : <b>KESTZA ELZAHAF</b> Age : <b>33</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>ODS</b>			
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.			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° **W21-791613**

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 : ..... .....

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**VOLET ADHERENT**

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

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 de l'OCDF				
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			INP : 0814192210	
			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
			<b>MONTANTS DES SOINS</b>	
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b>	
			<b>FIN D'EXECUTION</b>	
	<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	
			$\begin{array}{r} H \\ \hline 25533412 & 21432552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11432553 \\ \hline B \end{array}$	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
			<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse	<b>3000 Dt</b>
	<p><i>6ème mandibule</i></p> <p><i>60SF</i></p> <p><i>Hanafi BOUZID</i></p>		<b>DATE DU DEVIS</b>	<b>13-11-20</b>
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN</b> <i>J. Hanafi BOUZID Dentiste</i> <i>Orthodontie et Implantologie</i> <i>Bat. 12 Rés JEANNE D'ARC</i> <i>BP 12 Casablanca</i> <i>Maroc - 2017 47 38</i> <i>Praticien attestant l'exécution</i>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>		