

## 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

N° V/21-781352

*Rouge prise en charge*

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6744** Société : **244644**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **KRITA AHMED**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **066772 11 03** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Idriss ZOULHAIR**  
**Medecin Dentiste**  
26 - Bd. Lalla Yacoub  
1er Etage - Casablanca  
Tél: 0522.22.03.64/0522.22.88 01

Date de consultation : **10/01/23**

Nom et prénom du malade : **KRITA AHMED**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : **Pathologie dentaire**

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 : **27/01** Le : **1/1/23**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° V/21-781352

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

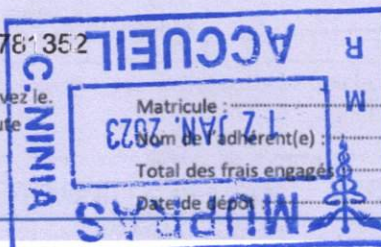
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **17 JAN 2023**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :





[illegible]

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

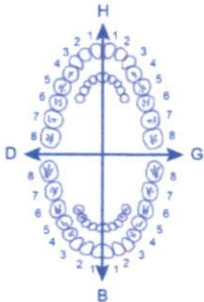
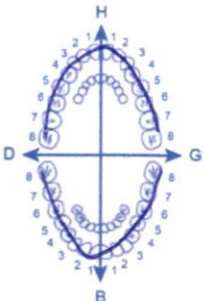
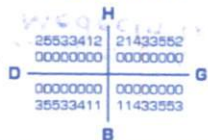
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="0.26"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="3000"/>
	Appareil complet			DATE DU DEVIS <input type="text" value="10/01/83"/>
	Haut + Bas			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
**Dr. Idriss ZOULHAIR**  
 Medecin Dentiste  
 26, Bd. Lalla Yacoub  
 Casablanca  
 27.88.01

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Idriss ZOUHAIR  
Medecin DENTISTE  
26, Bd. Lalla Yacoub  
1<sup>er</sup> Etage Casablanca  
Tel: 0522.22.03.64/0522.27.88.01

10/01/2023 - 31 - Lin.




**Dr. Idriss ZOUHAIR**  
Medecin Dentiste  
26 Bd. Lalla Yacout  
1er Etage - Casablanca  
Tel: 0522.22.03.64 / 0522.27.88.91

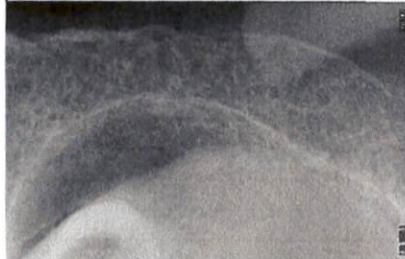
10/01/2023 - 41 - Lin.




*Dr. Idriss ZOUHAIR*  
*Medecin Dentiste*  
*26 Bd. Lalla Yacout*  
*14 El Hachem Casablanca*  
*Tel: 0522 27 07 64 / 0522 27 08 01*

10/01/2023 - 14 -

Lin.




**Dr. Idriss ZOUHAIR**  
**Medecin Dentiste**  
26 Bd. Lalla Yacout  
11111 Casablanca  
Tel: 0522 721 0405 / 721 0801

10/01/2023 - 24 - Lin.




**Dr. Idriss ZOUHAIR**  
Medecin Dentiste  
26 Bd. Lalla Yacout  
14.1 km. Casablanca  
Tel: 0522 22 03 64 / 0522 27 99 01