

# 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- 0006858

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5667 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MEKKI BERAADA LAMIA  
Date de naissance : 08/02/60  
Adresse : 7 Residence ANNOUR Bd TANTAN Casa  
Tél. : 0661312497 Total des frais engagés : 18000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. RAJAA Salma  
Chirurgien Dentiste  
10, Bd Tantan Rés. Annour  
Appt 103, 1er Etage Bourgogne  
Casablanca  
Cachet du médecin : INP: 094186475  
Date de consultation : 10/02/2023  
Nom et prénom du malade : MEKKI BERRAD LAMIA Age: 62 ans  
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 : Casablanca Le : 15/02/2023  
Signature de l'adhérent(e) : LAMIA

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0006858

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 :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

### 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	

### VOLET ADHERENT

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession <u>Bridge 6 CCC zircon</u> <u>de 33 à 43</u>			MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

**Dr. RAJAA Salma**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
10, Bd Tantan Rés. Annour  
Appt 103, 1er Etage Bourgogne  
Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

44XI 21/02/22: 18:16:22, Vue Examen 07/02/22



44XI 21/02/22: 18:16:53, Vue Examen 07/02/22



33XI 21/02/22: 18:17:15, Vue Examen 07/02/22



Dr. RAJAA Salma  
Chirurgien Dentiste  
10, Bd Tantan Rés. Annour  
Appt 103, 1er Etage Bourgogne  
Casablanca

Devis pour 6 CCC giron  
de 33 à 43



Dr Salma RAJAA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
10, Av. TANTAN  
Rés Annour 1<sup>er</sup> Etage Appt 103  
Bourgogne Casablanca  
05-22-36-39-81  
Dentalsenseclinic@gmail.com



DENTAL SENSE CLINIC

الدكتورة سلمى رجع  
طبيبة جراحية للأسنان  
10 شارع طنطنان إقامة النور  
الطابق الأول شقة 103  
بورجون البيضاء  
05-22-36-39-81

I.N.P: 094186475

**DEVIS**

Nom du patient : MEKKI BERRADA Lamia  
Mutuelle : MUPRAS

Suite au traitement reçu, je présente à Mme. MEKKI BERRADA Lamia suivant l'usage, un devis dont le détail se trouve ci-dessous :

Actes	Honoraires
Bridge 6 CCC Zircon sur 33 32 31 41 42 43	3000,00 X 6 MAD
<b>Total</b>	<b>18.000,00 MAD</b>

Cette note d'honoraires tient lieu de devis.

Fait à : Casablanca Le 10/02/2023

Cachet et Signature

Dr. RAJAA Salma  
Chirurgien Dentiste  
10, Bd Tantan Rés. Annour  
Appt 103, 1<sup>er</sup> Etage Bourgogne  
Casablanca