

## 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 Aïlaj Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlaj Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-806395

REC  
COP  
ANFA

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6734 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAROF SOUAD

Date de naissance : 16-04-65

Adresse : Immeuble E - APT. 2  
Résidence ANFA SUNSET AIN DIAB

Tél : 0661304084 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : BELKHAT & BENNANI  
3 Rue Bougrara Quartier Val d'Anfa  
Casablanca - Tél : 05 22 14000058  
Cas : 44631166 - IF : 250008855

Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : CHAROF souad. Age : 16-04-65

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

Nature de la maladie : Traitement endodontique

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 : 06/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-806395

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 : 6734

Nom de l'adhérent(e) : CHAROF SOUAD

Total des frais engagés : 1500 DH

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 094012598  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|---|----------------|------------------|-------------|--|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|
|   | 24             | Traitement DAS   |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                | Cyclodentique    |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                | PM sur dent      |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                | 24               |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>   |                |                  |             | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>35533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table> | H |  | H | 35533412 |  | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | D |  | G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 | B |  | B |
| H   |                | H                |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| 35533412  |                | 21433552         |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| 00000000  |                | 00000000         |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| D   |                | G                |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| 00000000  |                | 00000000         |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| 35533411  |                | 11433553         |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| B   |                | B                |             |  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS   |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | FIN D'EXECUTION  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS   |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | DATE DU DEVIS  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |
|   |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION  |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |

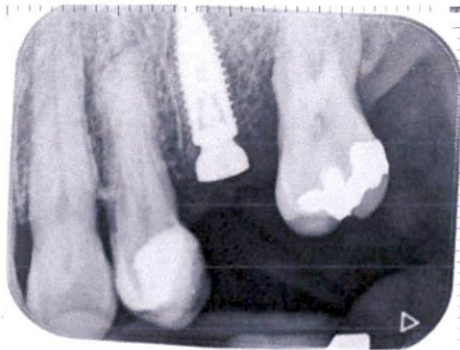
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

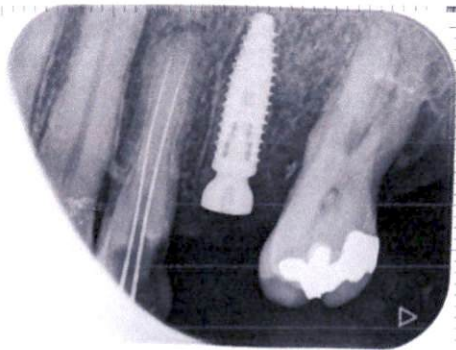
**INSTITUT DENTAIRE**  
**LELAT & BENJANI**  
Quartier Val d'Anfa  
ca - ICE 00200321400005  
1631166 - IF 25066855

ID: 22225711, Nom: CHAROF SQUAD, Date de naissance: 1965-04-16, Sexe: F

Sur la  
dent 24.



Pre-op



Post-op

CABINET DENTISTE  
BELTA  
3, Rue  
Casablanca  
TP 35631100 - IF 25066855