

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Radio va être  
envoyé par Email PEC

## Déclaration de Maladie : N° P19-0006451

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : 180309  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ELoujani NAJAT Date de naissance : 05.03.1959  
 Adresse : IMM 11 ANTOB Residence EL WANDA Berrechid  
 Tél. : 0651.40.85.40 Total des frais engagés : 6700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mostafa LOUARLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

Date de consultation : 24/10/2023  
 Nom et prénom du malade : KARITOUS Najat Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : prise en charge  
 En cas d'accident précisez 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 : Berrechid Le : 24/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0006451

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 : 1868  
 Nom de l'adhérent(e) : ELoujani N.A.JAT  
 Total des frais engagés : 6700,00 Dhs  
 Date de dépôt : 25/10/2023

## 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

**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
		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															
	23	cp Facs D <sub>15</sub>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">D 139</span>														
					MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3200,-</span>													
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;"> </span>														
					FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;"> </span>													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">D20+D50</span>														
	<table border="1" style="font-size: small;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25527412</td> <td>2148752</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25527412	2148752	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3500,-</span>
H																		
25527412	2148752																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
		Stellite Haack		DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">24/10/23</span>														
		15, 14, 24, 25, 26		DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;"> </span>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mohamed LOUAHLIA**  
**Médecin Dentiste**  
 Angle de Mohamed V et Rue  
 Yacoub Al Mansour - Berrechid  
 Tél.: 05 22 33 66 41