

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 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

M23-014392

194508

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7472

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AKIL ABDERRAHIM

Date de naissance :

04.10.1958

Adresse :

31, Rue IBNOU HABBOS MAARIF

Tél. : 0678275932

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azenmour N°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Date de consultation : 10/02/2024

Nom et prénom du malade :

AKIL ABDERRAHIM

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

soins et prothèses dentaires

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 : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

AKIL

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0014392

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 : 7472

Nom de l'adhérent(e) : AKIL ABDERRAHIM

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

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

[illegible][illegible]

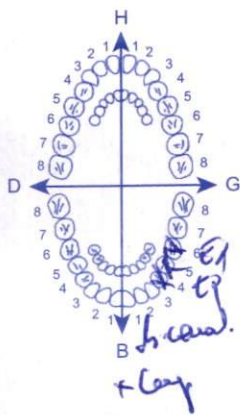
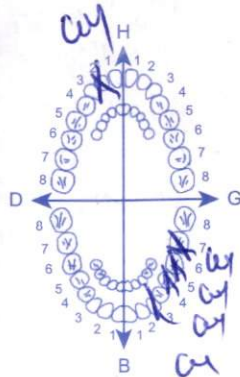
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

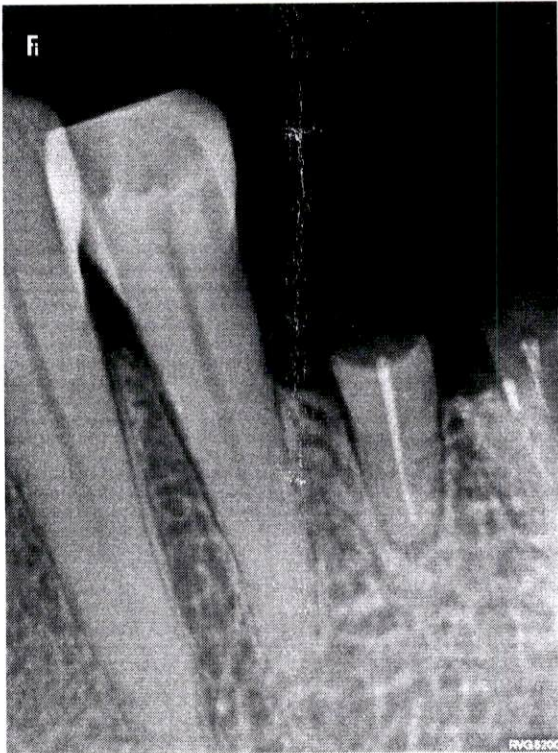
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
	35	extraction	10	COEFFICIENT DES TRAVAUX	964	
	36	extraction	10			
	34	Moulure cervicale	10	MONTANTS DES SOINS	1600,00	
	34	Ocupal	10			
		Detachement + 10 (2 vides) 12 10			DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="text-align: center;">H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/>00000000 00000000 35533411 11433553</div><div style="text-align: center;">G</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	900
	B					
	(Création, remont, adjonction)				MONTANTS DES SOINS	18.000,-
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
	- Cay 12 10				DATE DU DEVIS	10.02.24
	- Cay 34-x-x. 37 2720					
				DATE DE L'EXECUTION		
Dr TOUJAR Rachid Dentiste						

Chirurgien Dentiste
VISA ET CACHET DU PRATICIEN RÉSIDENT À LE DÉVLS
Anges de l'Enfance
d'Azemmour N°6 - Casablanca
Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

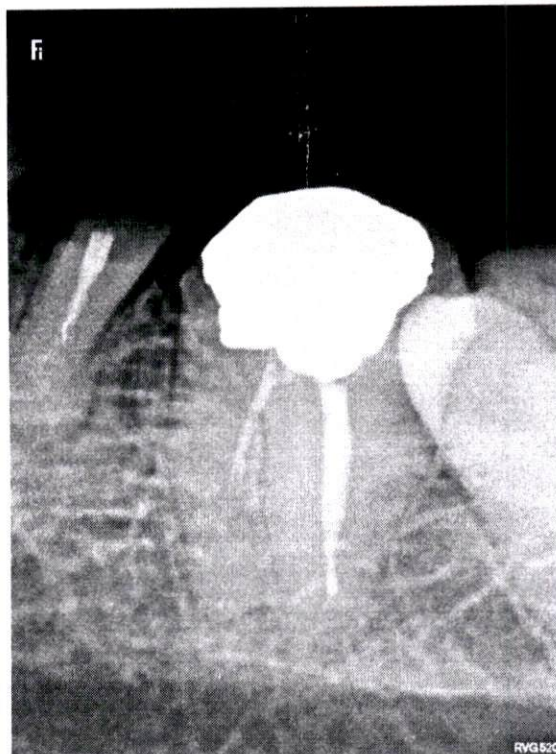


Dr Rachid
Chir Dentiste
Angle Bd d'Azem
d'Azem
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Lin

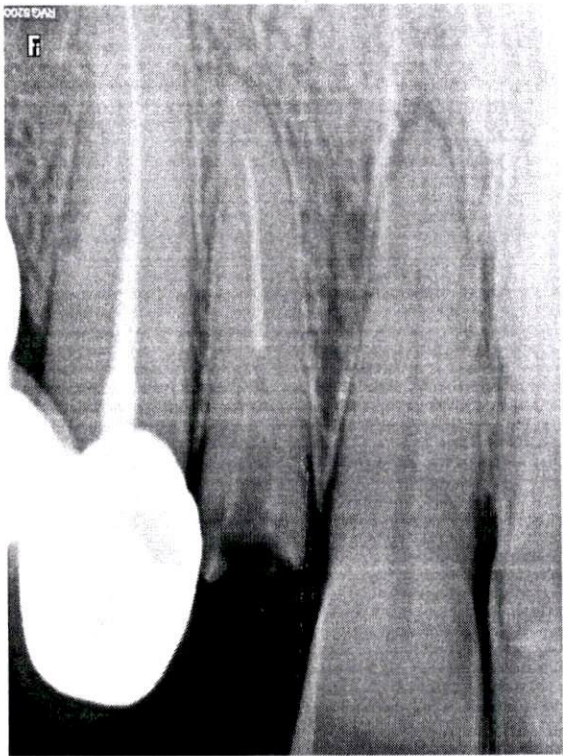
Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelrahmane et Rte
d'Azemmour N°1 Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Lin

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdou Moumoune et Rte
d'Azemmour N°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abd. Mouhamed et Rte
d' Azemmour N°6 - Casablanca
Tél: 0522 90 88 35 / 0522 91 50 89



Lin