

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Maladie chronique :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038189 -

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10509

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MERYM TATBI

Date de naissance :

1959

Adresse :

Tél. :

0661336559

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :





# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

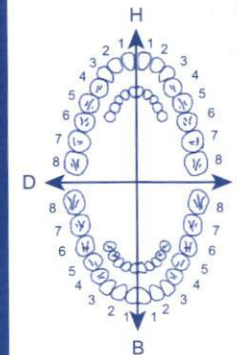
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



24 SEP. 2019

BBL

DDG

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

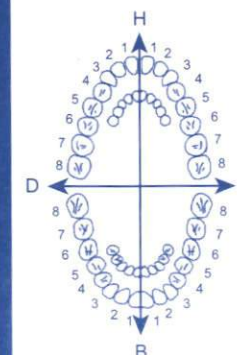
35533411 11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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	Coefficient des
		14	5	13	D30
		5 - Soudure			15000PH
		ODS D30			Début d'exécution
		AS - 1000			Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins
		25533412	21433552	G	
		00000000	00000000		
		00000000	00000000		
		35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction)		Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis	Fin de
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-390532			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<p><b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b></p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>					

UPRAS  
Salle de Prévoyance  
Actions Sociales  
Royal Air Maroc

W18-390532

DATE DE DEPOT

...../...../201...

IR PAR L'ADHERENT		Mle	10509	
Nom		MERFYM TATBI (vow. MARIKH)		
Fam		Phone 8661686569		
M				
N	Prénom du patient MARIKH NYA			
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input checked="" type="checkbox"/> X	Age 15	Date
Nmaladie		Date 1ère visite		
Sh accident : Causes et circonstances				
Is actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
21	D30	15000PH		
LACIE		Date		
Ma facture				
LES - RADIOGRAPHIES		Date :		
ation des ficients		Montant détaillé des Honoraires		
AIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
PC	IM	IV		

27 MAI 2019

ACCUEIL



**ORTHODONTIE**

Docteur Alya Faris  
Orthodontiste Diplômée  
de l'Université Paris VI

الدكتورة فارس عالية  
اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان  
متخرجة بجامعة باريس VI

**04/09/2019**

Casablanca, le : .....

**FACTURE MUPRAS 19/213**

**N°PATENTE : 35003861**

**PATIENTE : MARIKH AYA**

**5ème SEMESTRE TRAITEMENT MULTIBAGUES 1500 DHS**

**LA PRESENTE FACTURE EST ARRETEE A LA SOMME DE /**

**« MILLE CINQ CENT DIRHAMS »**

**IF : 51452938**

**ICE : 001708917000007**

**INPE : 094014149**

**Docteur ALYA FARIS**  
Orthodontiste  
10, Immeuble communal  
Angle Route d'Azemmour et  
Bd. Sidi Abderrahman - Casablanca  
Tél : 05 22 93 21 57