

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Prothèse 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.

## 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° P19-0033153**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 530 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : MATIAR Mine

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : MATIAR Mine 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :  ACCUEIL

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **N° P19-033153**

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 : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																						

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

W18-397479

DATE DE DEPOT

2 / 27 / 2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>530</b>														
Nom & Prénom <b>MATIAZ MINA</b>																
Fonction : .....		Phones : .....														
Mail : .....																
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>MATIAZ MINA</b>															
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>														
Age : .....		Date : .....														
Nature de la maladie		Date 1ère visite														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
<p><b>PHARMACIE</b></p> <p>Date : .....</p> <p>Montant de la facture</p>																
<p><b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b></p> <p>Date : .....</p> <p>Désignation des Coefficients</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p> <p><b>Dr Fouad AHERRAKI</b> Chirurgien Dentiste Clinique Dentaire L. A. COLLINE 441, La Colline, Casablanca Tél : 05 22 74 78 84 / 05 22 78 44 4</p>																
<p><b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b></p> <p>Date : .....</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

MUPRAS  
8 SEP. 2019  
ACCUEIL





Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le 26/7/2019

## MATIAR MINA

64.10 notices perdues

1. Aximycine (1g)  
2cp/jr pdt 7jrs
2. Codoliprane  
3cp/jr pdt 3 à 4 jrs

Dr Fouad AHERRAKI  
Chirurgien Dentiste  
Clinique Dentaire LA COLLINE  
441 La Colline, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le .....

26/09/2019

## Note d'honoraires

MATIAR MINA

ACTES	Dent(s)	Montant
PANORAMIQUE		300
	TOTAL	300,00 DH





# CLINIQUE DENTAIRE LA COLLINE



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le 26/7/19

Dr. Fouad AHERRAKI  
Chirurgien Dentiste  
Clinique Dentaire LA COLLINE  
141, La Colline, Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44

Dr Fouad AHERRAKI  
Chirurgien Dentiste  
Clinique Dentaire LA COLLINE  
141, La Colline, Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44



Matiar Mina

Clinique Dentaire La Colline - Casablanca (à côté de mini Siège)  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44 - E-mail : [info@cdlc.ma](mailto:info@cdlc.ma) - Site Web : [www.cdlc.ma](http://www.cdlc.ma)



Clinique Dentaire La Colline