

## 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 Aït El Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aït El Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge 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

N° W19-431694

AB

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04930 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BABA HASSAN

Date de naissance : 07/13/64

Adresse : Habituelle

Tél. : 0666199817 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2019

Nom et prénom du malade : HASSAN BABA

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

Nature de la maladie : Extraction dentaire

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 : Casablanca

Le : 08/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-431694

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 : 4930  
Nom de l'adhérent(e) : BABA HASSAN  
Total des frais engagés : 300  
Date de dépôt : 08/08/19



# 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

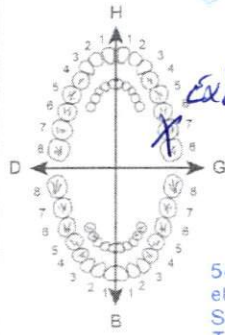
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	27	Ext	26	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="26"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="30024"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="5/8/19"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. OUALIDI Said**  
Chirurgien Dentiste

54 Angle Bd. Bouchaib Doukali  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa  
Sidi Maarouf "3" - Casablanca  
Tél 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

DR. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd Bouchaib Doukali  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa  
Sidi Maârouf "3" - Casablanca  
Tél 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

Le: 25/08/19

## ORDONNANCE

M. Mansif Reding

Recu:

La somme de Trois cent dix-huit  
(300 9H) pour des soins dentaires

BRN DB [Signature]

20 SEP 2019

DR. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd Bouchaib Doukali  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa  
Sidi Maârouf "3" - Casablanca  
Tél 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

**Dr. OUALIDI SAID**

**Chirurgien Dentiste**

54, Angle Bd. Boucharb Doukali  
et Rue Rahall El Farouki  
Souk Lakriaa Sidi Maârouf 3  
Casablanca  
Tél.: 05 22 28 08 38  
GSM : 06 66 10 47 84

**الدكتور سعيد الوليدي**

**طبيب جراحي للأسنان**

54, زاوية شارع أبو شعيب الدكالي  
زنقة الرحالي الفاروقي  
سوق القريعة سيدي معروف 3  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 28 08 38

Casablanca, le 25/12/19 في البيضاء

Dr. Said Rading

Bidontogyl

→ Molgam 200 mg

Aclav 1 g

Bétastène

Dolostop

Omiz

**DR. OUALIDI SAID**

**Chirurgien Dentiste**

54, Angle Bd. Boucharb Doukali  
et Rue Rahall El Farouki - Souk Lakriaa  
Sidi Maârouf "3" - Casablanca  
Tél : 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11