

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

02-10/19

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

**Déclaration de Maladie** **RB**

N° W19-459860

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **508** Société : **N° 4407**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **DARIF IJOU veuve AITHAMOU**

Date de naissance : **1948**

Adresse : **HAY YASMINA 2, rue 11, n° 33, CASA**

Tél : **0671640565** Total des frais engagés : **1500 + 69 = 1569 DH**

Cadre réservé au Médecin **ECHCHADYACINE**

Cachet du médecin : **Chirurgien Dentiste**  
490, bd el qods - casa  
Tél : 05 22 87 31 87

Date de consultation : **16/09/2019**

Nom et prénom du malade : **Ait Hamou Darif Ijou** Age : **01 OCT. 2019**

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

Nature de la maladie : **Deviz pour PAT**

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.

**11 OCT. 2019**

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.

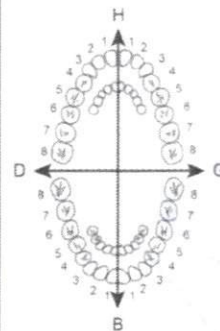
Fait à : **CASA** Le : **07/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

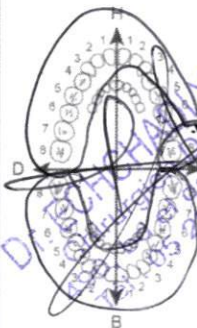


[illegible][illegible][illegible][illegible]

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



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**

BAT supérieur

Dare

Dr. ECHCHADI Yacine

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

D120

# 1520,00#

16/09/19

11/10/19

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

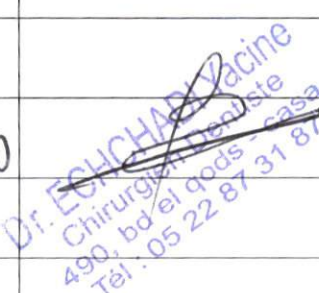
Dr. ECHOMAN  
Chirurgien Dentiste  
498, bd el qods - casa  
Tél : 05 22 87 31 87

DOCTEUR ECHCHADI Yacine  
CHIRURGIEN DENTISTE  
490 ETAGE 2 Bd Al Qods – Casablanca  
Tél : 0522873187

NUMERO PATENTE : 34000884  
ICE : 001679096000074  
IDENTIFIANT FISCAL : 40465196  
INPE : 094167517  
CNSS : 4271110

### FACTURE:

Nom du patient : DARIF IGJOU. AÏT AMMOU Casablanca le : 11/10/19.

Date	Dents traitées	Actes réalisés	Valeur clé	Montant facturé	Cachet du médecin
11/10/19	PAT Supérieur	D <sub>120</sub>	1509,00		

Montant global	1500,00
Mode de paiement	espèce

Signature du médecin :

  
Dr. ECHCHADI Yacine  
Chirurgien Dentiste  
490, bd el qods - casa  
Tél : 05 22 87 31 87

Casablanca, le :

13/09/10

# Ordonnance

Darif ij

J-

IN



69,13

Pharmacie AL OSRA  
LAHRICHI Abdellatif  
52-54, Bd Amgala Ain Chock Al Inarc  
Tél... 05 22 21 71 92 - Casablanca

Dr. ECHCHADI Yacine  
Chirurgien Dentiste  
490, Bd el qods, casa  
Tél : 05 22 87 31 87