

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-426423

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 13000 Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : EL KHADIR ESSLAoui MOHAMED

Date de naissance : 18/08/1989

Adresse : 26, Rue Léon l'Africain

Tél. : 06 77 21 7777 Total des frais engagés : 800,00 MAD

Cadre réservé au Médecin :

**Dr. LAHOUIRY Mohamed**  
Chirurgien Dentiste  
268, Bis Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

Cachet du médecin : **15 OCT. 2019**

Date de consultation : 15/10/2019

Nom et prénom du malade : EL KHADIR ESSLAoui MOHAMED Age : 30

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

Nature de la maladie : Soins 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'at-  
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 15/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-426423

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. **15 OCT. 2019**

Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : 13000

Nom de l'adhérent(e) : EL KHADIR ESSLAoui MOHAMED

Total des frais engagés : 800,00 MAD



# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 084612677	
	25	TR	024	COEFFICIENT DES TRAVAUX 029	
	26	Ran	05		
					MONTANTS DES SOINS 800,00
					DEBUT D'EXECUTION 28/09/15
					FIN D'EXECUTION 12/10/2019
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 17433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. LAHOURY Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
268, Bis 8, Boudani  
Tél: 05 22 23 1800

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Mohamed LAHOUIRY

Chirurgien Dentiste

الدكتور محمد لهويري

طبيب جراح للأسنان

الهاتف: 05 22 23 19 80

Casablanca, le :

12/10/2019

FACTURE

Dr. ELKHANIL EL GAOUI  
Thouand

— Sur dentaire :

25 TR 400 + 12 APS + 25

Arrête la prise de  
à la fin du huit est 25

800 000

12/10/2019

Rx  
de l'op  
25 APS

Dr. LAHOUIRY Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
268, Bis Bd. Ibrahim El Roudani  
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca