

## 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](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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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)

**Déclaration de Maladie**

**MUPRAS** *Ramb/Dent* *3692*  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W19-433749

*Accord sur*

*CASA-ANFA*

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : *11436* Société : *Royal Air Maroc*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : *I. Driss Loukma*

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : *0661 902613* Total des frais engagés : *6000,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : *I. Driss Loukma* Age : .....

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

Nature de la maladie : *Dents Soins dentaires*

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 : *NOUASSER*

Le : *23 / 07 / 2019*

Signature de l'adhérent(e) : 



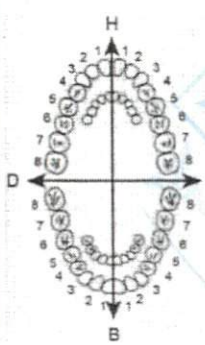
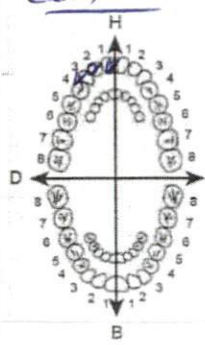
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0641838BB														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D540"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="Rabris"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="7-15"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="annuler"/>														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>bridge CCM</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>Devis</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D80 x 3"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="6000, 2000"/>														
	<p>Devis pour réalisation d'un bridge sur 12, 12, 11) 3 éléments (CCM) couronnes céramo métallique</p>			DATE DU DEVIS <input type="text" value="23/07/19"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="23/07/19"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr.SARA ZOUIR**

Chirurgien Dentiste

App5 Imme 1 étage 2 Angle Avenue Hassan II

**Dr.SARA ZOUIR**  
Chirurgien Dentiste  
App5 Imme 1 étage 2 Angle Avenue Hassan II  
et Rue Edouard Bellet  
06 20 20 01 68

**Dr.SARA ZOUIR**  
Chirurgien Dentiste  
App5 Imm 1 étar 2 Angle Avenue Nassan II  
et Rue Echouhada, Sétat  
05 23 40 01 68

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SARA ZOUIR

Chirurgien dentiste



دكتورة سارة زوير

طبيبة جراحة للأسنان

Settat, le 01/11/2019 سطات في

Dr. SARA ZOUIR  
Chirurgien Dentiste  
App5.Imm 1 étage 2 Angle Avenue Hassan II  
et Rue Echouhada, Settat  
05.23.40.01.68

## FACTURE

Nom et prénom : Loukman ID. n°

Acte(s) réalisé(s) : Bridge c.c.m. 3 éléments

(13 + 12 + 41)

Nomenclature : (D<sub>80</sub> \* D<sub>180</sub>) x 2

Total : 6000,00 DA

Paiement :

Espèce : ☒

Chèque : ☐

Arrêtée la présente facture à la somme de :

six mille quatre cents

Cachet :

Dr. SARA ZOUIR  
Chirurgien Dentiste  
App5.Imm 1 étage 2 Angle Avenue Hassan II  
et Rue Echouhada, Settat  
05.23.40.01.68