

## 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 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

- Reclamation : 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 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-436183

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09354

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

OTHMAN EL Mostafa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

GUEDACH Abderrafi  
Chirurgien Dentiste  
30 Rue Abd. Ben Amr - El Bakkal  
Bordj Bore - Casablanca  
Tél. : 05 22 40 22 97

Date de consultation :

06/11/2019

Nom et prénom du malade :

OTHMAN EL Mostafa

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS  
10 JAN 2020

GUEDACH Abderrafi  
Chirurgien Dentiste  
30 Rue Abd. Ben Amr - El Bakkal  
Bordj Bore - Casablanca  
Tél. : 05 22 40 22 97

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) :

[illegible]

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

[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 : 094014347																								
	3	3	Composite D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">D20</span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">800,00</span>  DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">6. 11. 19</span>  FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">7. 11. 19</span>																								
	3	4	Composite D10																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>  DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>  DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																								
	<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> <th>D</th> <th colspan="2">B</th> <th> </th> </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			D	B			00000000	00000000			35533411	11433553		
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D	B																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Création, remont, adjonction]																											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHETÉ PAR LE PRATICIEN

Dr. AGUEBACH Abdelrahman  
Chirurgien Dentiste  
39, Rue Med. Ben Ammeur El Bakkal  
Bejaïda - Casablanca  
Tél. : 05 22 40 22 97

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. ACQUEBACH *Chirurgien Dentiste*  
39, Rue Méd. Ben Ahmed El Bakkal  
Séville - Casablanca  
Tél. : 05 22 40 22 97

Dr AGUEDACH Abderrafi  
CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Monastir

الدكتور أگداش عبد الرفيع  
إختصاصي في جراحة الأسنان

طبيب ملحق بكلية طب  
الأسنان بالمنستير

Casablanca, le 7 11 2019 في الدار البيضاء

M<sup>r</sup> OTHMAN EL Mostafa Facture

- composite sur la 33 à 400,00 DHS

- composite sur la 34 à 400,00 DHS

(huit cent dirhams)

800,00 DHS

ICE:001673313000045

Dr. AGUEDACH Abderrafi  
Chirurgien Dentiste  
39, Rue Med. Ben Ahmed El Bakkal  
Belvédère - Casablanca  
Tél. : 05 22 40 22 97