

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-506235

16099

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11589 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL AMINE Si RAOU  
 Date de naissance : 14.08.1977  
 Adresse : 12 rue ABOU ISHAK Chiragi Apt 5 et 6  
 2 rue LISA  
 Tél : 0661211389 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : ESSODAI GUY YASMINA Age : 13 ANS  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Devis pour ODF  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dr. BENLEM H Yasmina  
 Chirur-dentiste  
 12 Bd Bir Anzarane 1er étage N°2  
 au dessus de W. Bir Anzarane  
 Casablanca - Tél: 05 22 23 44 79

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements pour la confidentialité 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 : CASA

Le : 30/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Alai Ben Abdelkader 1er étage angle Rue Mohamed Lakir et Rue Mohammed VI, Casablanca



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

\* 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.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
<p><i>ODE Haut</i></p> <p>BENELH YASMINA Chirurgien Dentiste Ortodontiste 23 Bd Anzalone 1er étage N° 2 Casablanca - Tél: 05 22 23044 79</p> <p>SDF Boy</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <th>B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D ————	———— G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>Dg 0</i>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D ————	———— G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <i>250000</i>														
	(fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession)			DATE DU DEVIS <i>30/12/19</i>														
<i>5ème semaine du 23/9/19</i>			DATE DE L'EXECUTION [ ]															
<i>23/3/20</i>																		

**Dr. BINELE**  
Chirurgien dentiste  
Orthodontiste  
32, Bd. Bir Anzarane - Forêt étagée  
au dessus de Moumini Bir Anzarane  
Blancha - Tél: 05 22 23 44 79

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**FACTURE N°: FA301/19**

Casablanca le: 30/12/2019

**l'enfant essodaigui yasmine**

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
30/12/2019	0	traitement ortho		2500

Total : 2 500,00

Arrêté la présente Facture à la  
somme de : DEUX MILLE CINQ  
CENTS

Dr. BENLEMLIH Yasmina  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
32, Bd. Bir Anzarane 1er étage N° 2  
au dessus de Moumni Bir Anzarane  
Casablanca - Tél: 05 22 23 44 79

ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1<sup>er</sup> étage, N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32, شارع بئر أنزران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com