

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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**

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

**Déclaration de Maladie**

M23-0024825

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1385 Société : BAT

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BAOUKHRISS AMINA

Date de naissance : 30-03-53

Adresse : 13 Cité Alzor Fakir B. Hassan

Tél. : 0673549719 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. RAÏSS Marouane**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
**Spécialiste en Parodontologie**  
**et Réhabilitation Implantaire**  
**15, Rue El Kadi Iass 4ème Etage - Maârif**  
**0522 25.03.84 / 06 66.11.08.56 - CASA**

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : BAOUKHRISS AMINA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sains et prothèse dentaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : DR Le : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Amrina

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie M23-024825

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

VOLET ADHERENT

8450

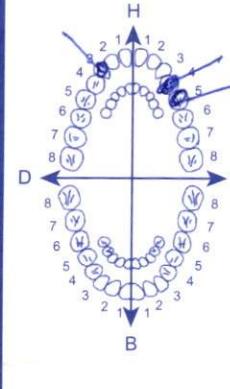
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>   | <b>Dents Traitées</b><br>13 Implant D180<br>24 Implant D180<br>13 ecm D180<br>24 ecm D180<br>25 ccm D180 | <b>Nature des Soins</b><br><b>Coefficient</b><br><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br><b>D 900</b> | <b>MONTANTS DES SOINS</b><br><b>11250,-</b> |
| <b>DEBUT D'EXECUTION</b><br> |  | <b>FIN D'EXECUTION</b>  |   |
| <b>Coefficient des Travaux</b>  |  | <b>MONTANTS DES SOINS</b>   |   |
| <b>DATE DU DEVIS</b>  |  | <b>DATE DE L'EXECUTION</b>  |   |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |  | <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |   |

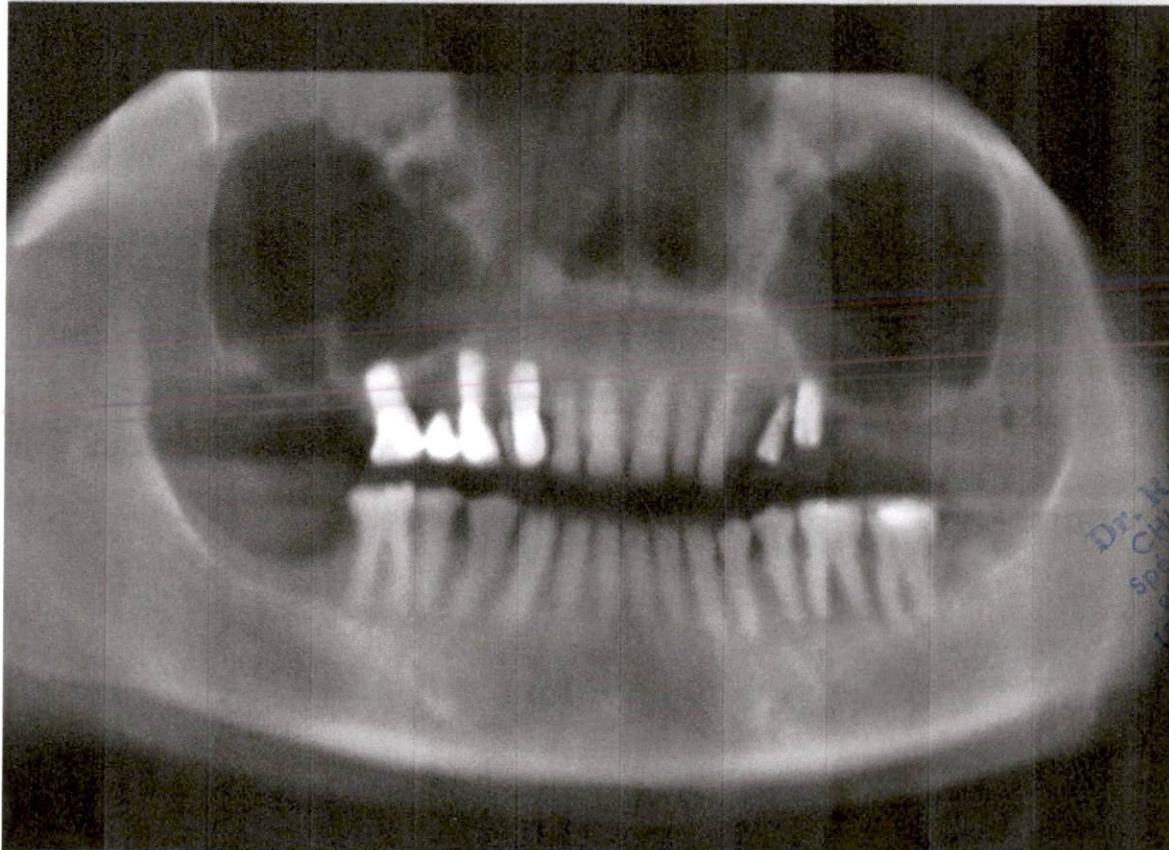
ISS Marouane  
 SURGICENTER en Pathologie dentaire  
 4ème Etage - Muâris  
 20106 66.11.08.56 - CAS 10666.11.08.56

ISS Marouane  
 SURGICENTER en Pathologie dentaire  
 4ème Etage - Muâris  
 20106 66.11.08.56 - CAS 10666.11.08.56

ISS Marouane  
 SURGICENTER en Pathologie dentaire  
 4ème Etage - Muâris  
 20106 66.11.08.56 - CAS 10666.11.08.56

ISS Marouane  
 SURGICENTER en Pathologie dentaire  
 4ème Etage - Muâris  
 20106 66.11.08.56 - CAS 10666.11.08.56

iRYS Viewer - Le nom du patient: BOUKHRISS AMINA - Date de naissance: lun., 08 avr. 1957 - Document code: 0.1161007191254689.999 - [ READ ON ]



Dr. RAÏSS Marouane  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Parodontologie  
et Réhabilitation Implantaire  
1, Rue El Kadi Jlass 4<sup>eme</sup> Etage - Maârif  
Tél: 0522 23.03.84 / 06 66.11.08.56 - CASA