

# 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-447052

*Placcord*

*CASA*  
*ANFA*  
☐ Autres

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8140* Société : *R.A.M*  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : *EL ALAMA MOUNIR*  
Date de naissance : *15-06-70*  
Adresse : *Residence Le Club, Rte Mly Thami N°35 Cas.*  
Tél. : *06.67.21.57.44* Total des frais engagés : *2500 DHS (D200)* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *02 09, 19*  
Nom et prénom du malade : *Cherif Fatma Zahra* Age : *39*  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : *Devis pour prothèse dentaire*  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *04 OCT. 2019*

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 : *CASA* Le : *03 / 10 / 19*  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

# 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

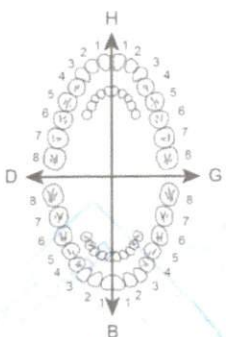
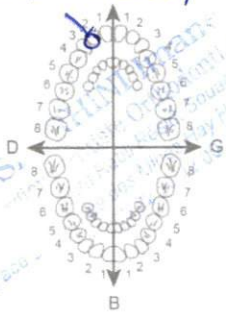
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                               |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|       |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                             |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>                                                        |                |                  |             | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|     |                |                  |             | <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</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>B</td> <td></td> </tr> </table> | 25533412 | 21433553 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
| 25533412                                                                                 | 21433553       |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000                                                                                 | 00000000       |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| D                                                                                        | G              |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000                                                                                 | 00000000       |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 35533411                                                                                 | 11433553       |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| B                                                                                        |                |                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                             |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| IC + CCH<br>12                                                                           |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                          |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                 |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. SERRHINI Imane  
 Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
 28, Bd. Oum Rabii Résid. Souad  
 Face au Service des Minis Ray Hassani  
 Tél : 05 22 89 42 00



**Dr Imane SERRHINI**

*Chirurgien Dentiste Spécialiste*

Orthodontie | Prothèse | Blanchiment  
Chirurgie | Soins | Implantologie



**دكتورة إيمان سرغيني**

طبيبة جراحة للأسنان متخصصة

تقويم | تعويض | تبييض

جراحة | زرع الأسنان

INPE : 094170594

IF :

50419005001959215000048

ICE

Casablanca le : 03/10/19

chef de file - zsh

BR

Dato

I C + C N 12

facture entrée à dex  
elle est en dirham

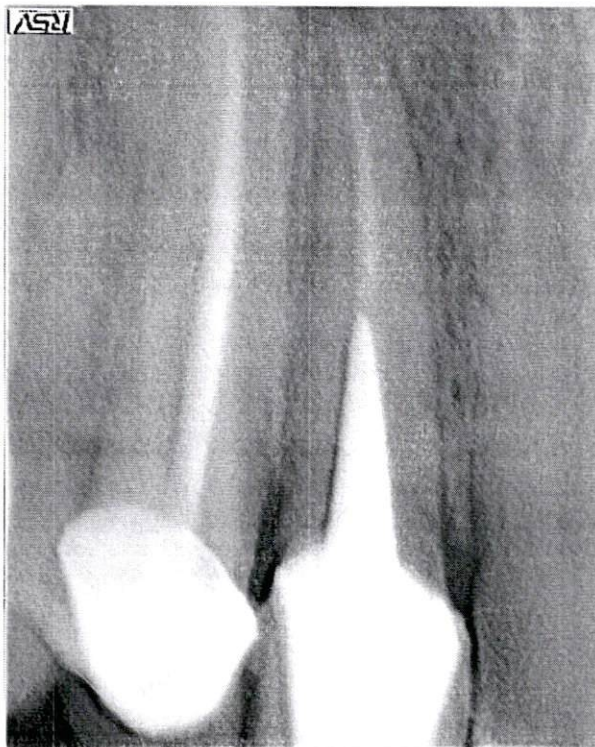
**Dr. SERRHINI Imane**  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
28 Bd Oum Rabii Rés. Souad  
Face au Service des Mines Hay Hassani  
Tél : 05 22 89 42 00

DR Imane SERRHINI

Patient : M. fatimazahra CHARAF

05.22.89.42.00

Né(e) le :



11 OCT. 2019  
Dr. Imane Serrhini  
Dentiste  
HINI Imane  
Dentiste  
Rég. Min. Santé  
Face au Service des Mines Hay Hassani  
Tel. 05 22 89 42 00

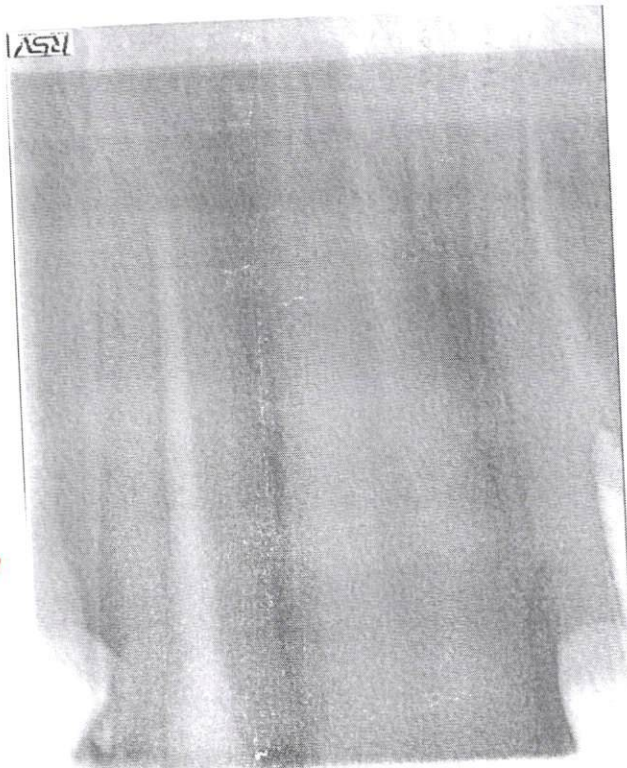
DR Imane SERRHINI

Patient : M. fatimazahra CHARAF

05.22.89.42.00

Né(e) le :

1/25/1



Dr. SERRHINI Imane  
Dentiste Orthodontiste  
Rue Bab el Fesid, Soud  
Rabat - Maroc 30500  
Tél : 05 22 36 42 00

DR SERRHINI Imane  
Dentiste Orthodontiste  
Rue Bab el Fesid, Soud  
Rabat - Maroc 30500  
Tél : 05 22 36 42 00

12