

# 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

Déclaration : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 047120

35811

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03630 Société : DAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE DAM  
 Nom & Prénom : EL AMIRI AHMED  
 Date de naissance : 03-12-1959  
 Adresse : DAR LAMANE BOUL R 376 N°5  
 A S CASABLANCA  
 Tél : 0661135621 Total des frais engagés : 363,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.07.2020  
 Nom et prénom du malade : AKANAR ANTIFA Age : 58  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatologique  
 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 Casablanca

Le : 16.07.2020

Signature de l'adhérent(e) :



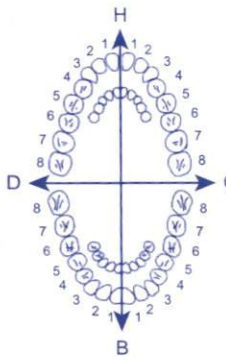
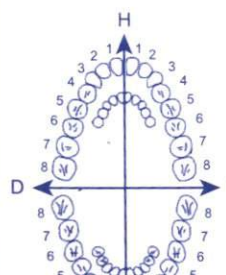
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins  | Coefficient |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|---|--|----------------------|-------------|---|---|--|----------------------|----------------------|---|--|----------------------|----------------------|---|--|
|              |  |                      |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>       |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>         |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                      |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|            | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412<br/>00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D <span style="margin: 0 20px;"></span> G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000<br/>35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> |                      |             |   | H |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D <span style="margin: 0 20px;"></span> G |  | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |
|   | H  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   | D <span style="margin: 0 20px;"></span> G  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
| 00000000<br>35533411  | 00000000<br>11433553   |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
| B   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>           |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |

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.

[illegible]


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
|   |          | H |          |
|   | 25533412 |   | 21433552 |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
| D |          |   | G        |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
|   | 35533411 |   | 11433553 |
|   |          | B |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

le: 16/07/2022

## Ordonnance

Nom / Prenom : Fatima Akanar.

Age : 59 ans

M3.20

- 1) Préparation :

{ Psor: 1 tube  
+  
clenider m: 1 tube.



1 amp/jc le soir pdt 10 jours.

Dr. Delbert Fatima Zahra  
Médecin Généraliste  
35, Avenue Hassan II  
Nouaceur - Casablanca  
Tél: 05 22 37 32 32