

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-551307

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

04930

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BARBA

HASSAN

Date de naissance :

07/13/64

Adresse :

Hadi Tuelle

Tél. :

0666 1998 17

Total des frais engagés :

1600

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. OUALIDI Saïd  
Chirurgien Dentiste  
54, Angle Bd Bouchaib Doukhal  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Lakniaa  
Sidi Maarouf "3" - Casablanca  
Tél : 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11

Cachet du médecin :

Date de consultation :

24/05/2023

Nom et prénom du malade :

T. Barba Hassan

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Soins dentaires

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 :

CASA

Le :

13/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-551307

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).





# 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	

# VOLET ADHERENT

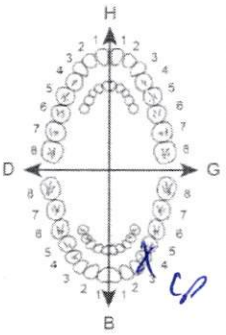
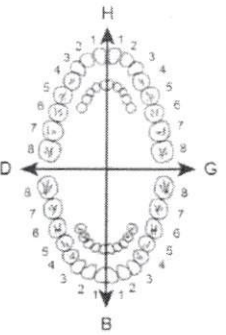
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 : 094016458
	34	CP	2,2	COEFFICIENT DES TRAVAUX : 2,2 MONTANTS DES SOINS : 1620 DEBUT D'EXECUTION : 18/4/23 FIN D'EXECUTION : 24/05/23
		Débridage	2,2	
		Complet		
<b>DR. OUALIDI Saïd</b> Chirurgien Dentiste 54, Angier Bd Boucharb Doukali et Rue Rahal EL Farouki - Souk Laknaa Sidi Maârouf 3 - Casablanca Tél 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
COEFFICIENT DES TRAVAUX : <input type="text"/> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
**DR. OUALIDI Saïd**  
 Chirurgien Dentiste  
 54, Angier Bd Boucharb Doukali  
 et Rue Rahal EL Farouki - Souk Laknaa  
 Sidi Maârouf 3 - Casablanca  
 Tél 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

**Dr. OUALIDI SAID**  
**Chirurgien Dentiste**

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali  
et Rue Rahall El Farouki  
Souk Lakriaa Sidi Maârouf 3  
Casablanca  
Tél.: 0522 28 08 38  
GSM : 06 66 10 47 84

**الدكتور سعيد الوليدي**  
**طبيب جراحي للأسنان**

54, زاوية شارع أبو شعيب الدكالي  
زنقة الرحالي الفاروقي  
سوق القريضة سيدي معروف 3  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 28 08 38

Casablanca, le 24/05/23 ..... في البيضاء

Mr Baba Hassan

Facture

Reçu :

La somme de mille six cent dirhams  
(1600 DH) pour soins dentaires

**DR. OUALIDI SAID**  
Chirurgien Dentiste  
54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali  
et Rue Rahall El Farouki - Souk Lakriaa  
Sidi Maârouf "3" - Casablanca  
Tél : 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11