

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

**OUALHAN SARA**

**Déclaration de Maladie**

N° W21-657010

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : **9355**

Société : **RAM**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : **OUALHAN RACTID**

**A 78115**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **2467**

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Mekhlef Elmojeni**  
Chirurgien-Dentiste  
Cité Dar Essaïd, Imme. 03 Appt. 04  
1er Etage Rto 1000 Thami Oulifa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 77 99

Cachet du médecin :

Date de consultation : **08/08/2023**

Nom et prénom du malade : **OUALHAN SARA**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

**Carte Dentaire**

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

**ACCUEIL**  
**KH. H. 18 AOUT 2023**  
**M. M. MUPRAS**

**VOLET ADHERENT**

**VOLET ADHERENT**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature 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 - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
INP : <input type="text"/>	INP : <input type="text"/>	INP : <input type="text"/>	INP : <input type="text"/>	INP : <input type="text"/>
INPE : 094164183	INPE : 094164183	INPE : 094164183	INPE : 094164183	INPE : 094164183
ICE : 001681739000008	ICE : 001681739000008	ICE : 001681739000008	ICE : 001681739000008	ICE : 001681739000008
IF : 40423602	IF : 40423602	IF : 40423602	IF : 40423602	IF : 40423602
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
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. Mehdi ELMOUSSI Chirurgien-Dentiste Cité Dar Essalam, Immeuble 53 Apt 04 1er Etage Kta 105 Casablanca - Tel: 05 22 17 99				
Dr. Mehdi ELMOUSSI Chirurgien-Dentiste Cité Dar Essalam, Immeuble 53 Apt 04 1er Etage Kta 105 Casablanca - Tel: 05 22 17 99				

**Dr. Mehdi ELMOUTI**  
Chirurgien-Dentiste  
Cité Dar Essalam, imm. 03 Appt. 04  
1er Etage Rte Mly Thami Oulfa  
Casablanca - Tél: 06 22 90 77 99

16/08/2023

CNSS : 9116014 TP : 36037887 IF : 40423602 ICE : 001681739000008 INP : 094164183

**FACTURE N° 194/2023**

PATIENT      OUALHAN SARA

Arrêtée la présente facture à la somme de :      900dhs TTC

**Dr. Mehdi ELMOUTI**  
Chirurgien-Dentiste  
Cité Dar Essalam, imm. 03 Appt. 04  
1er Etage Rte Mly Thami Oulfa  
Casablanca - Tél: 06 22 90 77 99