

# 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

- Réclamation : 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 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

M22- 0050352

183937

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2222 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Boujina TALBO

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661238305 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Salma Haline**  
Médecin dentiste  
Bd Oued melouya Lot selouane  
Office 51, etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél: 05 22 89 70 70

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : SEDDIK Merjem Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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

# 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

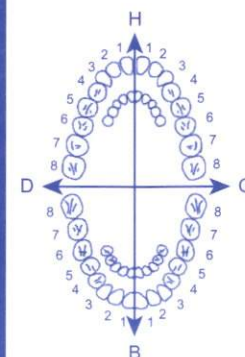
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	16	Exo	D10	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span>D10/D11 D12</span>
	16	Exo	D12	
	16	Exo	D12	MONTANTS DES SOINS <span>1000,00</span>
	16	Exo	D12	
	16	Exo	D12	DEBUT D'EXECUTION <span>09/11/2023</span>
	16	Exo	D12	
	16	Exo	D12	FIN D'EXECUTION <span>16/11/2023</span>
	16	Exo	D12	

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Dr. Salma Haline**  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
Bd Oued melouya Lot selouane  
Office 51,etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70

**Dr. Salma Haline**

- Soins dentaires et prothèses
- Soin et chirurgie parodontale
- Implants dentaires
- Blanchiment dentaire
- Orthodontie



د . سلمى حلين

- علاج و تعويض الأسنان
- علاج و جراحة اللثة
- زرع الأسنان
- تبييض الأسنان
- تقويم إعوجاج الأسنان

casablanca le: 16/11/2023

**FACTURE N°: FA388/23**

**Madame SEDDIK Meryem**

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
16/11/2023	0	Détartrage	DET	250
15/11/2023	0	Détartrage	DET	250
09/11/2023	16	Extraction		500

Total :1 000,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : MILLE

**Dr. Salma Haline**

*Médecin dentiste*  
Rd Oued melouya Lot selouane  
Office 51, etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70



**Dr. Salma Haline**

- Soins dentaires et prothèses
- Soin et chirurgie parodontale
- Implants dentaires
- Blanchiment dentaire
- Orthodontie



**د . سلمى حلين**

- علاج و تعويض الأسنان
- علاج و جراحة اللثة
- زرع الأسنان
- تبييض الأسنان
- تقويم إعوجاج الأسنان

Création 09/11/2023 SEDDIK Meryem Impression 20/11/2023

09/11/2023 - 16 -

Lin.

LO 80200

1 2023 2023



Dr Haline Salma; HALINE

CASABLANCA; Morocco; 0522897070; cd.haline@gmail.com

**Dr. Salma Haline**  
Médecine dentiste  
Bd Oued melouya Lot selouane  
Office 51, etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70

**Dr. Salma Haline**

- Soins dentaires et prothèses
- Soin et chirurgie parodontale
- Implants dentaires
- Blanchiment dentaire
- Orthodontie



**د. سلمى حلين**

- علاج و تعويض الأسنان
- علاج و جراحة اللثة
- زرع الأسنان
- تبييض الأسنان
- تقويم إعوجاج الأسنان

Création 31/10/2023 SEDDIK Meryem Impression 20/11/2023

31/10/2023 - 16 -

Lin.



Dr Haline Salma; HALINE

CASABLANCA; Morocco; 0522897070; cd.haline@gmail.com

**Dr. Salma Haline**  
Bd Oued melouya Lot selouane  
Office 51 etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70