

# 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

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

# Declaration de Maladie

N° W21-810267

couiner

Maladie

Dentaire

Optique

A

ok  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4942

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abbaouy - Samira

ND  
09540

Date de naissance : 05-02-1967

Adresse :

Tél. : 06 62 43 25 68

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IMAN EL MAKRI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Bd. Abderrahmane  
El Moudjib - Casablanca  
Côte : 05 22 22 22

Date de consultation : 11-12-2023

Nom et prénom du malade : ABBAOUY SAMIRA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Sein de MUPRAS  
27 DEC. 2023  
ACCUEIL

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 11/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

Ad  
pu

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-810267

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## RELEVE 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

#### ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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.

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 084170026
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	23	obt CP	D702	
	15	extractor	D713	
				MONTANTS DES SOINS
				700014
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				min/23
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	
	B			
	G			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Oujda, le ..... وحدة. في

11/12/2023

**NOTE D'HONORAIRES F680/23**

Madame ABBAOUY Samira

DATE	Dent	Actes	Code	Cotation	Honoraires
11/12/2023	23	comp 1 face	D702	D15	500
11/12/2023	15	Extraction simple	D713	D10	200

Total : 700.00

la présente note d'honoraire est arrêtée à la somme de :  
SEPT CENTS

Dr. IMAN EL MA  
CHIRURGIEN DENTISTE

Bd. Abderrahim

(imm. Benazzouz) 1er ét.  
Oujda - Tel : 06 77 77 77

ICE:001581548000029 IF:16090780