

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 canalaire, 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 canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être remplie une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation
- Prise en charge
- Adhésion

La MUPRAS garantit la confidentialité et la sécurité du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème étage  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 22 22

en Abdellah - Quartier de l'Horloge  
www.mupras.com

DOLLARAMA  
MONTREAL, QC, H4P 0A1  
MADE IN CHINA/FAIT EN CHINE  
LOT 241 - 700455

\$2.75



## Déclaration de Maladie

W21-836856

194876

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

M870

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAIN HASNA

Date de naissance :

27 octobre 1979

Adresse :

Les. BAB RAYANE AL 7, DAR BENABRA

CASA

Tél. : 066.119.83.98

Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABDELLAH BENI AM  
Chirurgien Dentiste  
Lundi-Mardi: 08h30-12h00  
Cabinet: Tel: 0522934133

Date de consultation :

AZ / 01 / 2024

Nom et prénom du malade :

ZAIN HASNA

Age : 44

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.

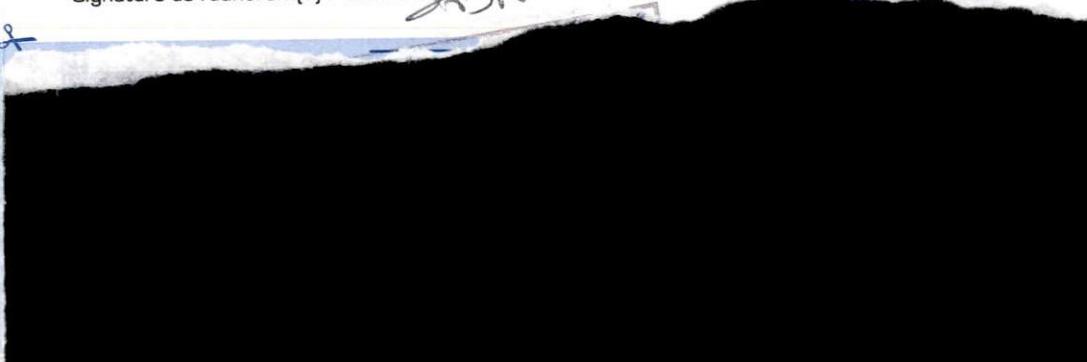
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 12 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

SAID



#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

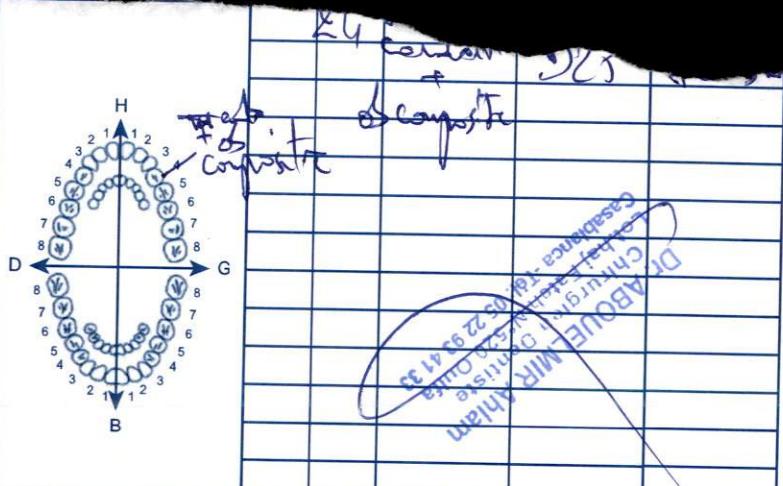
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

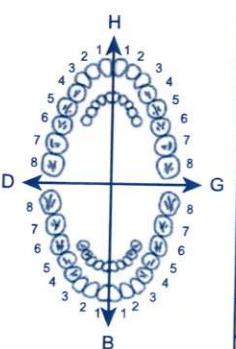
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

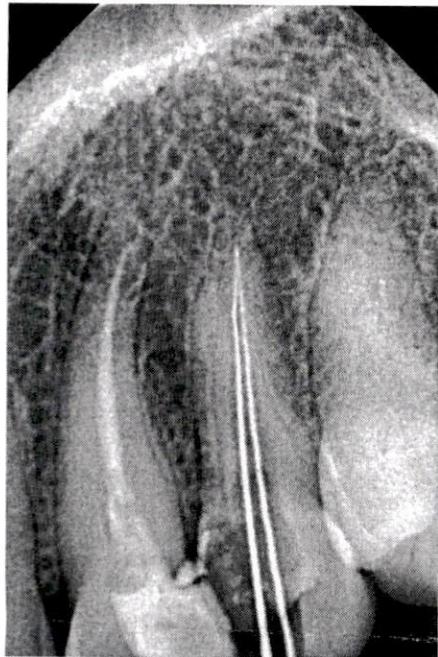


**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



2024-01-12

Graphique Numero:20230809\_104556 Le genre:Femelle  
Nom:zalim hasna  
Date de naissance:2023-08-09 Âge:1Y



IO 18 20240109\_160455

←  
Avant



IO 18 20240109\_161041

→  
Après

Traitement caries  
sur les dents

Cassablaie - Tel: 06 22 93 43 33  
Dr. Chirurgien Dentiste N°520 Douira  
DR. ABDELMIR Amrane

2024-01-12

Graphique Numero:20230809\_104556 Le genre:Femelle  
Nom:zalim hasna  
Date de naissance:2023-08-09 Âge:1Y

**Docteur ABOUELMIR AHLAM**

*Chirurgien Dentiste*

*Implantologie, Soins, Prothèse, chirurgie*

*Radio, blanchiment*

*Orthodontie :Adulte et enfant*

Casablanca le : 12/01/2024

**Note d'honoraire N°: 539-F-2024**

**ZALIM hasna**

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
TRAITEMENT 2 CANAUX	D705	D 25	24	700,00 DH
				<b>TOTAL</b> 700,00 DH

**Mode règlement :**

Arrété le montant de la facture à la somme de :

Sept cent MAD

**Signature du praticien**

Dr. ABOUELMIR Ahlam  
Chirurgien Dentiste  
Lot Haj Fateh N°520 Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Lotissement HajFateh, N°520 Lissasfa-Casablanca-tél :0522 93 41 33

IF :51489310 / ICE :001663718000023