

# 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- 0021495

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11660 Société : RAT 178335  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ITAMANE Achraf  
 Date de naissance : 12/2/1978  
 Adresse : 23, rue 3, Lot ATTADAPUNIS OULFA  
 Tél : 0661295276 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. DARAFI FATIMA ZAHRA**  
 Médecin Dentiste  
 Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage  
 CASABLANCA  
 Tél : 05 22 65 35 38

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/4/2024  
 Nom et prénom du malade : ITAMANE Abderrah Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : 3e sur 3 - SDF  
 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





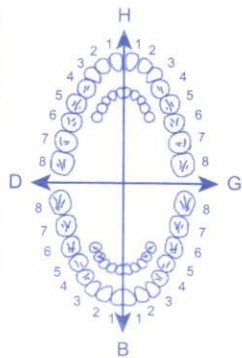
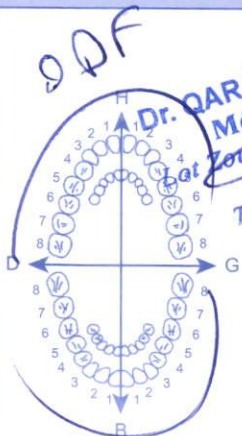
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	21433552 00000000 00000000 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA**  
**Médecin Dentiste**  
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
 Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage  
 CASABLANCA  
 Tél: 05 22 65 35 38

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

ODF

Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA  
Médecin Dentiste  
Lab. Zoubir N° 158 P. 2e Etage  
CASABLANCA  
Tél: 0522.65.35.38

21433552  
00000000  
00000000  
00000000  
11433553

G

Creation, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

3 sur 4

ODF

Coefficient des Travaux	100
Montants des Soins	3000
Date du devis	
Date de l'exécution	11/4/24

DAEL FATIMA ZAHRA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA  
**Médecin Dentiste**  
 VISA ET CAHIER DU PRATICIEN A L'ESTANT L'EXECUTION  
*Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage*  
**CASABLANCA**  
 Tél: 05 22 65 35 38

**Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA**

Chirurgien-Dentiste

- Spécialiste en orthodontie(enfant/adulte)
- Spécialiste en chirurgie dentaire et implantologie
- Spécialiste en Esthétique dentaire Hollywood Smile



Casablanca le, 11/04/2024

**Patient(e) : HAMDANE Abderrahmane**

Acte: 3<sup>e</sup> surjet ODF.

du 11/10/2023 au 11/04/2024

montant: 3000,00

ICE : 007172296000028

IF : 31818313

INRE: 094185436

**Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA**  
Médecin Dentiste  
Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 65 35 38

Lot Zoubir N° 158E 2ème étage app 2 (en face Bmce) Oulfa Casablanca

Fix: 05 22 65 35 38 / Email: centredentaireqarafi@gmail.com