

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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

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

N° M20- 0002746

54798

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12316

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : CEF

Nom & Prénom : LARBI CHARAF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 10 10 6 47

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02746

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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																					
	17	capote	D10	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text" value="D34"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text" value="1200D4"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text" value="09/09/2020"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text" value="09/09/2020"/>																				
	18	1/au																						
	19	Haut Début	D12																					
	20	bas Début	D12																					
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>																								
	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>	
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																						
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																						

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

DOCTEUR Sanae LEGS  
chirurgien Dentiste  
7, Rue Ahmed EL-ANNASSIRI  
Quartier Felmier Casablanca  
Tél: 022 25 25 25



P 17 / 047428

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 12316	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom: CUERIB CHARAF			
Fonction: OR	Phones: 0610614049		
Mail:			

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient: CUERIB CHARAF ASMÂA AIT WAM
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age: 38
Nature de la maladie:	Date: 09.09.2020
	Date 1ère visite:

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	

<b>PHARMACIE</b>	Date: 09/09/2020
Montant de la facture	86,00

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date:
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date:	CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

**Docteur Sanae LEGSAYER**

**Chirurgien Dentiste**

Diplôme d'Études Supérieures de Chirurgie Buccale ( Paris VII )

Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique ( Paris VII )

Diplôme Universitaire de Pathologie de la Muqueuse Buccale ( Paris VI )

09/09/2020

MME AIT HAMOU ASMAA

Facture

Reçu la somme de mille deux dirhams pour un detartage polissage et  
un composite une face sur la 17.

DOCTEUR Sanae LEGSAYER  
chirurgien Dentiste  
7, Rue Ahmed ENNACIRI  
Quartier Palmier Casablanca

Tel: 022 25 43 80 / Fax: 022 25 43 80