

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0006412

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6181 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BACHARI Said  
Date de naissance : 26-12-1961  
Adresse : NE 31 Rue Sidi Mschel  
Quartier CHEIKH - Settat  
Tél. : Total des frais engagés : 300,000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : ANAFLOUSS Fatma Ezzahra Age: 31 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Suivi de grossesse  
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 : S. Mar Le : 23/03/2024  
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 |
| 25/02/02                       | C2                |                       | 300                             |  |

[illegible][illegible][illegible]

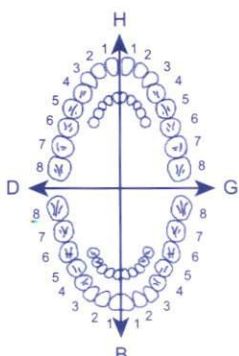
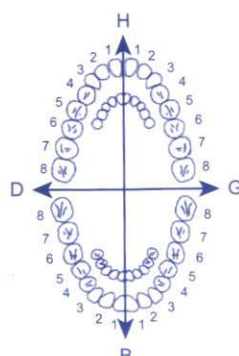
\_\_\_\_\_

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

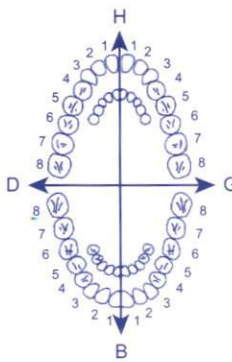
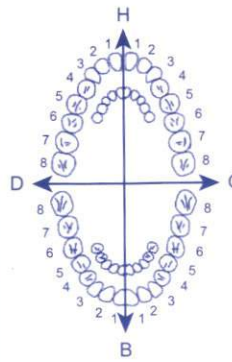
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'...

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|--|--|---------------------|---|---|--|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|---|
|   |  |                     |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/> |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>      |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>       |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   | FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>         |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>O.D.F</b><br/> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br/> <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> </div> </div> | H  |                     | 25533412  | 21433552  | 00000000   | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/> |
|  | H  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  | 25533412   | 21433552            |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  | D  | G                   |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  | 35533411   | 11433553            |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  | B  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/> |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |  |                     | DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/> |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   |   |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |
|  |  |                     |   | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>     |  |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'**

| SOINS DENTAIRES   |   | Dents<br>Traitées                            | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|---|---|--|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|    |   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  |   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                     |             |                            |                       |
|  | <div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div> <div>B</div> |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |
|   |   |  |                     |             |                            |                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصلحة الزيتون  
**Clinique Les Oliviers**

**N 103, Lagnanet Sett at**

Tel 0523.40.20.40/41/61 FAX 0523.40.20.60

CNSS: 4266765 IF: 40113028 ITP: 40113028

ICE: 001665330000052

7

Facture Pour : ANAFLOUS FATIMA EZZAHRA  
M

1 GYNECOLOGIE (300)

300.00

**TOTAL**

ESPECES

**300.00**

300.00

VENDREDI 25-02-2022 11:25:21

Clé 7-Serv.: 7-CAISSE 2-NOTE 025105/1

E-mail [contact@clinique-lesoliviers.com](mailto:contact@clinique-lesoliviers.com)

Site web [www.clinique-lesoliviers.com](http://www.clinique-lesoliviers.com)